
RESUMOS TEMAS LIVRES



XIX CONGRESSO DE CIRURGIA DO RIO DE JANEIRO

**Rio de Janeiro - RJ
2018**



Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Presidente

ECBC Savino Gasparini Neto

1º Vice-Presidente

TCBC Augusto César Baptista Mesquita

2º Vice-Presidente

TCBC Edivaldo Massazo Utiyama

Vice-Presidente do Núcleo Central

TCBC Jose Marcus Raso Eulálio

2º Vice-Presidente do Núcleo Central

TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva

Vice-Presidente do Setor I

TCBC Geraldo Ishak

Vice-Presidente do Setor II

TCBC Florentino de Araújo Cardoso Filho

Vice-Presidente do Setor III

TCBC Jorge Pinho Filho

Vice-Presidente do Setor IV

TCBC Izio Kowes

Vice-Presidente do Setor V

TCBC Bruno Moreira Ottani

Vice-Presidente do Setor VI

TCBC Flavio Daniel Saavedra Tomasich

Secretária-Geral

TCBC Elizabeth Gomes dos Santos

1º Secretário

TCBC Rafael Rodriguez Ferreira

2º Secretário

TCBC Fabio Stiven Leonetti

Tesoureiro-Geral

TCBC Pedro Eder Portari Filho

Tesoureiro-Adjunto

TCBC Helio Machado Vieira Junior

Diretor de Publicações

TCBC Guilherme Pinto Bravo Neto

Diretor de Comunicação e T.I.

TCBC Alfredo Guarish

Diretor de Defesa Profissional

TCBC Luiz Carlos Von Bahten

Ex-Presidente do Exercício Anterior

TCBC Paulo Roberto Corsi

Núcleo Central - Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Vice-Presidente do Núcleo Central

TCBC José Marcos Raso Eulálio

2º Vice-Presidente do Núcleo Central

TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva

Seções Especializadas do Núcleo Central

Seção Especializada - Cirurgia Oncológica

TCBC André Maciel da Silva

Seção Especializada - Cirurgia Geral

TCBC Carlos Frederico de Freitas Lima

Seção Especializada - Cirurgia Cabeça e Pescoço

TCBC Ricardo José Lopes da Cruz

Seção Especializada - Cirurgia Cardíaca

ECBC Henrique Murad

Seção Especializada - Cirurgia Pediátrica

TCBC Lisieux Eyer de Jesus

Seção Especializada - Cirurgia Plástica

ECBC Paulo Roberto de Albuquerque Leal

Seção Especializada - Cirurgia Torácica

ECBC Rui Haddad

Seção Especializada - Cirurgia Vascular

TCBC Arno Von Buettner Ristow

Seção Especializada - Coloproctologia

TCBC Armando Geraldo F. Melani

Seção Especializada - Ginecologia

TCBC Ricardo Bassil Lasmar

Seção Especializada - Mastologia

TCBC Carlos Frederico de Freitas Lima

Seção Especializada - Neurocirurgia

TCBC Paulo Niemeyer Soares Filho

Seção Especializada - Obstetrícia

TCBC Jorge Fonte de Rezende Filho

Seção Especializada - Oftalmologia

ECBC Miguel Angelo Padilha Velasco

Seção Especializada - Ortopedia e Traumatologia

TCBC Vincenzo Giordano Neto

Seção Especializada - Otorrinolaringologia

ECBC Ciríaco Cristóvão T. Atherino

Seção Especializada - Urologia

TCBC Paulo Roberto Martins Rodrigues



XIX Congresso de Cirurgia do Rio de Janeiro

Presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões: ECBC Savino Gasparini Neto

Presidente do Congresso: TCBC José Marcus Raso Eulálio

Coordenador Geral: TCBC Augusto Cesar Baptista de Mesquita

Comissão Organizadora

Presidente: TCBC Augusto Cesar Baptista de Mesquita

TCBC José Marcus Raso Eulálio

TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva

TCBC Pedro Eder Portari Filho

Comissão Científica

Presidente: TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva

ECBC Savino Gasparini Neto

TCBC Augusto Cesar Baptista de Mesquita

TCBC José Luis de Souza Varela

TCBC José Marcus Raso Eulálio

TCBC Elizabeth Gomes dos Santos

TCBC Rafael Rodriguez Ferreira

TCBC Fabio Stiven Leonetti

TCBC Pedro Eder Portari Filho

TCBC Hélio Machado Vieira Junior

TCBC Guilherme Pinto Bravo Neto

TCBC Marcus Vinicius Dantas C. Martins

TCBC Rodrigo Martinez

TCBC Thales Penna de Carvalho

TCBC Renato Abrantes Luna

Comissão Trabalhos Científicos

Presidente: TCBC Elizabeth Gomes dos Santos

ECBC Julio Cesar Beitler

TCBC Fabio Stiven Leonetti

TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva

TCBC Rafael Rodrigues Ferreira

Coordenador Fórum de Pesquisa

ECBC Jose Eduardo Ferreira Manso

Conselho Editorial

TCBC Augusto Cesar Baptista de Mesquita

TCBC Daniel Mariano de Andrade

ECBC Jose Eduardo Ferreira Manso

TCBC Elizabeth Gomes dos Santos

TCBC Fabio Stiven Leonetti

TCBC Felipe Carvalho Victor

TCBC Fernando Bráulio Ponce Leon P. de Castro

TCBC Gabriela Viana Vizzoni

TCBC Jose Júlio do Rego Monteiro Filho

TCBC José Marcus Raso Eulálio

ECBC Julio Cesar Beitler

TCBC Luiz Gustavo de Oliveira e Silva

TCBC Pedro Eder Portari Filho

TCBC Rafael Rodrigues Ferreira

TCBC Thales Penna de Carvalho

TCBC Thais Leiros Kleinsorgen Motta



Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Rua Visconde de Silva, 52 - 3º andar

Botafoogo - CEP: 22271-092 - Rio de Janeiro - RJ

CEP: 22271-092

Tel.: +55 (21) 2138-0650

E-mail: cbc@cbc.org.br

www.cbc.org.br

4
IMPLICAÇÃO DA VARIAÇÃO ANATÔMICA DE ARTÉRIA HEPÁTICA COMUM EM CIRURGIA DE WHIPPLE: RELATO DE CASO PAULO CESAR DA SILVA AZIZI, GIANCARLO JORIO ALMEIDA e PAULO CÉSAR DA SILVA AZIZI UNIFOA Introdução: Variações anatômicas da artéria hepática são importantes no planejamento e performance de procedimentos cirúrgicos abdominais, estando presentes em aproximadamente 20% da população mundial. Relatamos o caso de um paciente com colangiocarcinoma e variação rara em que a Artéria Hepática Comum (AHC) é proveniente da Artéria Mesentérica Superior (AMS), e foi submetido a gastroduodenopancreatectomia pela técnica de Whipple, sem apresentar complicações vasculares no peri e pós-operatório. Relato de caso: Homem, 64 anos, com história de icterícia à esclarecer há aproximadamente 3 meses, associada a perda ponderal maior do que 10% em 6 meses. Tomografia computadorizada (TC) contrastada de abdome e pelve de 19/04 evidencia cabeça do pâncreas sem alterações, dilatação do ducto de Wirsung (1,51cm), dilatação das vias biliares (2,85cm), e demonstra variação anatômica da AHC, originária da AMS. Ecoendoscopia de 09/05 reafirma os achados da TC e demonstra vegetação intraluminal na porção distal das vias biliares sugerindo colangiocarcinoma cT1N0M0. Admitido em hospital terciário universitário no dia 12/05/18, com 1,72m, 59kg (IMC 20), bilirrubina direta de 12,54 e total de 15,90, ausência de elevação de enzimas pancreáticas, com performance status 1, risco ASA 1. Submetido em 16/05 a gastroduodenopancreatectomia associada a reconstrução em alça única. Durante o ato cirúrgico observamos que a AHC tinha sua origem na AMS, com bifurcação retrocoledociana baixa sendo as artérias gastroduodenal e gástrica direita ramos da artéria hepática esquerda. A art. hepática direita seguia retrocoledociana sendo origem da artéria cística. Essas características não ficaram claras na TC. Foi ressecada a peça em monobloco, com linfadenectomia retroperitoneal. Não houve sangramentos volumosos durante a cirurgia, não havendo necessidade de hemotransfusão. O dreno foi retirado no 7º DPO, de forma que a abordagem cirúrgica mostrou-se bem sucedida do ponto de vista vascular. Conclusão: O método de classificação mais usado e mais cirurgicamente relevante para variações anatômicas das artérias hepáticas é o de Michels. Nesta classificação, o Tipo 9 é o associado ao achado em nosso paciente, e corresponde a apenas 0,4 a 4,5% da população. É fundamental o conhecimento das equipes cirúrgicas e radiológicas das diferentes variações anatômicas, para que o planejamento cirúrgico seja o mais adequado e o desfecho seja promissor.

8
RESGATE CIRÚRGICO DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE ANTEBRAÇO ESQUERDO PAULO CESAR DA SILVA AZIZI, MARIA EDUARDA BARRETO DO COUTO e PAULO CÉSAR DA SILVA AZIZI UNIFOA INTRODUÇÃO: O câncer de pele é o câncer mais comum do Brasil. Juntamente com o carcinoma basocelular (CBC), o carcinoma espinocelular ou de células escamosas (CEC) compõe o grupo dos cânceres de pele não melanoma (CPNM). O carcinoma espinocelular é o segundo tumor maligno de pele mais prevalente após o carcinoma basocelular, sendo o melanoma o mais raro. Seu principal fator de risco é uma elevada exposição à radiação ultravioleta emitida pelo Sol (UVA e UVB). RELATO DE CASO: L.C., masculino, 84 anos, atendido no ambulatório de cirurgia oncológica do Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle (HUGG) com lesão cutânea ulcerada recidivada de bordas irregulares, de aproximadamente 5,5 cm no eixo longitudinal em região extensora de antebraço esquerdo, de crescimento progressivo há um ano. O paciente havia sido submetido a duas abordagens cirúrgicas prévias pelo serviço de Cirurgia Plástica do HUGG com diagnóstico anatomopatológico de carcinoma de células escamosas bem diferenciado. Devido à dificuldade prevista para a reconstrução do defeito optamos pelo retalho fasciocutâneo pediculado de parede abdominal no qual o paciente permaneceria com o antebraço esquerdo acolado à parede abdominal por quatro a seis semanas. Foram preservados os tendões dos músculos abdutor longo e extensores longo e curto do polegar, extensor dos dedos e extensor radial do carpo. A reconstrução do defeito de partes moles de aproximadamente 8,0 cm x 7,0 cm foi realizada com retalho fasciocutâneo pediculado de quadrante inferior esquerdo da parede abdominal. Paciente foi mantido em controle semanal, apresentando boa integração e viabilidade do retalho após quatro semanas, sendo então submetido, ao segundo tempo cirúrgico para liberação do antebraço esquerdo da parede abdominal, com fechamento da área doadora com retalho O para Z. CONCLUSÃO: Em geral, o carcinoma espinocelular é uma proliferação atípica de células escamosas da pele, com caráter invasivo e potencial metastático. Apresenta características indolentes e pouco agressivas, tendo portanto evolução satisfatória na maioria dos casos, quando tratado adequadamente. Raramente ocorre o comprometimento do membro necessitando de amputação. O prognóstico depende da agressividade do tumor e do tratamento estabelecido. O paciente evoluiu com excelente integração do retalho, bom resultado funcional e resultado estético satisfatório. Segue em acompanhamento pela fisioterapia e agendado para iniciar radioterapia adjuvante.

5
EFEITO DA ESPLENECTOMIA NA LIBIDO, ATIVIDADE SEXUAL, FERTILIDADE E REPRODUÇÃO ANDY PETROIANU, KELLY RENATA SABINO, DALTON MUNIZ SANTOS e LEONARDO DE SOUZA VASCONCELLOS FEDERAL UNIVERSITY OF MINAS GERAIS 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. OBJETIVO: 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 laparorráfia 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

11
AValiação DA FIBROGÊNESE INDUZIDA PELA APLICAÇÃO DA TELA DE POLIPROPILENO POSICIONADA EM DIFERENTES COMPARTIMENTOS DA PAREDE ABDOMINAL EM RATOS FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON P. DE CASTRO, FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON PEREIRA DE CASTRO, RODRIGO MARTINEZ, VIVIANE LEITE ABUD, NATHALIA BARROS DE OLIVEIRA SANTOS e JOSÉ EDUARDO FERREIRA MANSO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO Introdução: A hérnia incisional ocorre quando há a solução de continuidade de uma fâscia previamente incisa. Revisões sistemáticas demonstram que o tratamento cirúrgico das hérnias incisionais apresentam taxas de reincidência de 16 a 24%. Metanálises vem demonstrando a superioridade do posicionamento da tela em correções herniárias no compartimento retromuscular apresentam menor incidência de recidivas, porém sem uma explicação fisiopatológica dessa técnica. Com isso objetivamos comparar técnicas de correção de hérnia incisional em modelo experimental. Métodos: quarenta ratos Wistar foram distribuídos em quatro grupos; controle (CT), simulação (SM), supra-aponeurótico ("onlay", OL) e retromuscular ("sublay" SL). Decorridos 42 dias do ato operatório, as aderências formadas, a tensiometria e o apanhado histológico do substrato anatomopatológico encontrado foram avaliados. Resultados: o grupo SL obteve maior número de aderências, com uma média de 2,75 com desvio padrão (DP) de 1,16. O grupo OL teve uma média de 0,8, com um DP de 0,63 e no grupo SM uma média de 0,5, com desvio padrão de 0,52 (p < 0,0001). O grupo SL apresentou maiores valores na avaliação tensiométrica, com uma média de 36,75 N, com DP de 5,92. O grupo OL, a variação de tensão apresentou uma média de 26,4 N e um DP de 3,5. No grupo SM, encontrou-se uma média de 23 N, com um DP de 3,39 e no grupo CT, os valores apresentaram uma média de 24,1 N com um desvio padrão de 2,51 (p < 0,0001). Avaliando a correlação de Pearson entre o escore de aderência e tensiometria, encontramos um valor de r de 0,7795 (p < 0,0001). Histologicamente, observamos que o grupo SL apresentou valores de granulomas, histiócitos e neocolagenização maiores que os demais grupos. Avaliando a correlação de Pearson entre os valores de tensiometria e o colágeno produzido entre cada grupo, encontramos valores de estatística r significativamente com valores de p < 0,05 (grupo SL: r de 0,7832, p = 0,007). Conclusão: A presença da tela no compartimento da técnica retromuscular ocasionou maior formação de aderências intracavitárias e aumento da tensiometria, em comparação aos outros grupos, assim como a qualidade e a intensidade dos achados histológicos gerados foram maiores que na técnica supra-aponeurótica. Concluindo, podemos afirmar que as correções de hérnias incisionais pela técnica retromuscular geram uma fibrogênese melhor, levando-nos a inferir que haverá maior eficiência no reforço da parede abdominal realizada.

12

CÓLON TRANSVERSO EM HÉRNIA INGUINAL ESTRANGULADA - RELATO DE CASO

REBECA GALVÃO NOGUEIRA CHAVES, JOÃO TOBIAS, GUILHERME GUEDON DE OLIVEIRA e VINÍCIUS BRASIL FREITAS CRUZ

HOSPITAL SANTA TERESA

A hérnia é uma condição comum e ocorre em cerca de 6% da população, 75% ocorre na região inguinal e destas 10 % encarceram, podendo vir acompanhada por obstrução intestinal, estrangulamento ou necrose. O risco de estrangulamento é menor que 3%, sendo a necrose culminando em perfuração a forma mais grave. A hérnia inguinal pode ser surpreendente no momento da cirurgia e a presença do cólon transversal em hérnia inguinal é incomum. Será apresentado um caso de hérnia inguinal contendo o cólon transversal isquêmico e perfurado em um paciente vítima de trauma.

13

LINFOMA NÃO HODKIN HEPÁTICO ASSOCIADO AO USO CRÔNICO DE ADALIMUMABE

MATHEUS VELOSO SANTIAGO, MATHEUS VELOSO SANTIAGO, MARCO ANTÔNIO SANTOS OLIVEIRA, THIÉRRY VINÍCIUS FLORES SILVA, GIANNE DONATO COSTA VELOSO e WALFREDO GONÇALVES DE QUADROS JÚNIOR

SANTA CASA DE MONTES CLAROS

Introdução:
Patologia rara, com registro de menos de 100 casos até 1999, após o advento do tratamento com imunossuppressores e os transplantes de órgãos a incidência está em crescimento. O linfoma hepático primário (LHP) é raro, sendo 0,4% dos linfomas extranodais e 0,016% dos casos de linfoma não-Hodgkin (LNH). O Linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LNH-DGCB) corresponde a 50% dos casos de LNH. A terapia anti-TNF com adalimumabe, pode desencadear formação de tumores sólidos com frequência dobrada em relação a população geral. O uso prolongado dessa medicação foi associado a prevalência de 1,3/1000 casos de LNH por ano. Os principais achados iniciais do LHP são dor abdominal no hipocôndrio direito, epigastria, perda de peso e febre. Achado comum de exames de imagem é hepatomegalia homogênea e infiltração multinodular. O diagnóstico definitivo ocorre através de biópsia e imuno-histoquímica da lesão.

Relato de Caso:
Paciente D.D.L.P., 43 anos, portador de espondilite anquilosante, em tratamento há 03 anos com adalimumabe, apresentando evolução desde 02/2018 de dor abdominal em hipocôndrio direito associada a perda ponderal. Tomografia computadorizada de abdome total realizada em 21/03/2018 evidenciou formação sólida expansiva acometendo fígado nos segmentos V, IVb e parte do IVa, hipodensa, heterogênea, hipovascular, realce por contraste predominantemente tardio, com retração capsular adjacente. Também visualizados nódulos esplênicos hipovasculares pequenos de natureza indeterminada. Hipótese diagnóstica inicial devido à natureza da lesão seria colangiocarcinoma periférico. Estadiamento torácico sem sinais de lesão secundária. Conduta inicial: optado pela trissegmentectomia. Paciente teve cirurgia suspensa por duas vezes devido a necessidade de sangue fenotipado e a ausência deste. Após avaliação da hematologia, foi aventada hipótese de Linfoma hepático, uma vez que o autoanticorpo IgM frio se encontrava positivo, e se iniciou tratamento empírico com prednisona a 1mg/Kg/dia no dia 05/05/2018 com melhora clínica importante da dor. Biópsia hepática sugeriu neoplasia maligna pouco diferenciada do fígado. Estudo imuno-histoquímico definiu LNHDGCB. Encaminhado à Hematologia para continuidade de tratamento com quimioterapia.

Conclusão:
O diagnóstico de LHP em pacientes imunodeprimidos ou em uso de imunossuppressores com achado de imagem suspeita de neoplasia no fígado, seja multinodular ou única "em alvo".

14

HERNIOPLASTIA TAPP SEM FIXAÇÃO DA TELA

VITOR DOS SANTOS NEVES, HIRON MARCOS BARRETO RODRIGUES, ALINE MACHADO TEIXEIRA AUAD e BRUNA LAGO CHAVES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

Introdução: O reparo laparoscópico da hérnia inguinal pela técnica TAPP, demanda um grameador para fixação da tela, tornando o método caro. Esse trabalho, propôs a utilização de uma técnica modificada para a correção de hérnia inguinal. **Relato do caso:** Paciente com 58 anos apresentando abaulamento em região inguinal direita. Após diagnóstico de hérnia inguinal, foi submetido a hernioplastia TAPP, sem fixação da tela. **Conclusão:** parece não haver malefícios com o uso da técnica escolhida, além de se oferecer a esses pacientes um procedimento com menor custo que o tradicional.

15

CORREÇÃO LAPAROSCÓPICA DE HÉRNIA INTERNA

VITOR DOS SANTOS NEVES, ALINE MACHADO TEIXEIRA AUAD, HIRON MARCOS BARRETO RODRIGUES e BRUNA LAGO CHAVES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

Introdução: Abordar pacientes por via laparoscópica em casos de abdome agudo não é prática rotineira em todos os serviços de Cirurgia Geral. Porém, em casos selecionados, pode proporcionar ao paciente uma solução menos invasiva e com melhor recuperação. **Relato do caso:** Paciente com 68 anos, com quadro de dor abdominal 4 meses após Retossigmoidectomia com ileostomia em alça, sem resolução após tratamento conservador. Exames de imagem sugeriram o diagnóstico, confirmado no momento da correção. **Conclusão:** Pode-se realizar, em casos selecionados, abordagens laparoscópicas em casos de abdome agudo, com segurança total para o paciente e menor trauma cirúrgico.

20

GASTRECTOMIA: RESULTADOS DE 5 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA

PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, ANDRÉS ESTREMADOIRO VARGAS, JULIA GOGINSKI, CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO, MARCELO TSUYOSHI YAMANE e EDUARDO DA CÁS

HOSPITAL ERASTO GAERTNER

Introdução: O câncer gástrico é uma das neoplasias malignas mais comuns e apresenta alta mortalidade. Aproximadamente 22.220 pacientes são diagnosticados anualmente nos EUA, sendo que a maioria possui um prognóstico reservado.

Objetivo: Apresentar os dados coletados referentes aos pacientes submetidos a gastrectomia 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: Estudo descritivo transversal, com coleta retrospectiva de dados. Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e avaliados através dos programas SPSS 22.0 e GRAPHPAD PRISM. Considerou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Foram realizadas 406 gastrectomias, sendo 35,7% de mulheres. Dos pacientes, 52,1% apresentaram histórico de tabagismo e 33,1% de etilismo, 15% histórico familiar de câncer e 22,8% apresentavam histórico de infecção por H. Pylori. Além disso, 5% dos pacientes já haviam realizado cirurgia gástrica prévia, 39,3% apresentavam metaplasia intestinal e 2,8% apresentavam pólipos adenomatosos gástricos. Somente 2,9% apresentavam histórico de anemia perniciososa. No índice de Zubrod, 97,6% apresentavam PS menor ou igual a 2. A localização do tumor foi de 57,1% em antro gástrico. O subtipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma em 51,8% e em 54,5% dos pacientes havia o diagnóstico de linfonodomegalia pré-operatória. A gastrectomia foi realizada com intuito curativo em 86,5%, prevalecendo gastrectomia subtotal em 67,5% dos casos. Somente em 10% dos casos foi realizada pancreateosplenectomia. Em 6,4% dos casos ocorreram complicações transoperatórias graves como sangramento e lesão vascular. Em relação a complicação pós-operatória, 29,7% dos pacientes apresentaram graus 2 e 3 de Clavien-Dindo. Somente 6,9% receberam quimioterapia pré-operatória e 35,2% realizaram adjuvância. Dos pacientes, 53% atingiram remissão em 6 meses, sendo que 31,2% apresentaram progressão da doença. A taxa de sobrevida em 5 anos foi de 49,8%.

Conclusão: Em consonância à literatura, tabagismo, etilismo e histórico de câncer na família mostraram-se como fatores de risco nesse estudo. Além disso os dados mostram que o câncer gástrico persiste com baixas taxas de sobrevida global em 5 anos, mesmo em estádios clínicos iniciais e com a ressecção do tumor.

23

NEFRECTOMIA PARA TRATAMENTO DE TUMOR RENAL: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA

PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, JONATAS LUIS PEREIRA, RONALD KOOL, ADRIELLE LIMA MUNHOZ, CARLOS ARAI FILHO e GABRIELLA EDUARDA JACOMEL

HOSPITAL ERASTO GAERTNER

Introdução: O carcinoma de células renais representa a terceira neoplasia genitourinária mais comum, responsável por 3% dos tumores malignos do adulto e é o mais letal dos cânceres urológicos, com taxa de mortalidade de 40%. A cirurgia é o principal tratamento para a maioria dos tumores renais.

Objetivo: Apresentar os dados coletados referentes aos pacientes submetidos a nefrectomias entre 2010 e 2015. O trabalho objetiva compreender as características epidemiológicas dos pacientes, fatores de risco para a doença, assim como para o prognóstico.

Métodos: Estudo descritivo transversal, com coleta retrospectiva de dados. Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e avaliados através dos programas SPSS 17.0 e GRAPHPAD PRISM. Considerou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Foram realizadas 132 nefrectomias no período de 2010 a 2015. A média do início dos sintomas foi de 3,5 meses sendo que a dor lombar foi o sintoma mais prevalente (n=35). Dos pacientes com carcinoma renal, 58,7% tiveram diagnóstico incidental, sendo que 56,8% desses, obtiveram o diagnóstico inicial pela tomografia. O subtipo histológico mais comum foi carcinoma renal de células claras representando 78,3%, seguido do carcinoma papilar com 11,6%. Quanto ao grau de diferenciação (Fuhrman) 52,1% dos tumores eram GII, 24,8% GI e 17,9% GIII. Sobre o tumor primário, 27% dos pacientes eram estadiados como T1b, 27% como T3 e 19,5% como T1a. Em 72,7% dos doentes, os linfonodos regionais não foram avaliados, 22,7% não possuíam linfonodo acometido e 4,7% possuíam metástase à distância. A nefrectomia radical aberta foi escolhida em 62,9% dos procedimentos, seguida da nefrectomia radical laparoscópica em 21,2%. Associou-se linfadenectomia em 53,7% dos pacientes e adrenalectomia em 25,4%. Quanto às complicações durante a cirurgia, 9,1% apresentaram, sendo que 72,7% a apresentaram hemorragia. No pós-operatório, 17,9% dos pacientes complicaram principalmente em razão de hemorragia, deiscência, urinoma e fistula. Quanto ao prognóstico imediato, 6,2% dos pacientes reoperaram e 6,1% faleceram em até 30 dias depois da cirurgia. Do total, 24,2% não atingiram remissão e 82,5% não apresentaram recidiva. A taxa de óbito foi de 23,4% em 5 anos.

Conclusões: O perfil de pacientes tratados com câncer renal na instituição representa pacientes com tumores iniciais. Apesar de altas taxas de ressecção completa as recidivas são frequentes e a mortalidade a médio e longo prazo são altas.

38

CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIREOIDE RELATO DE CASO: ABORDAGEM CIRÚRGICA X PALIATIVA

DIOGO ARAÚJO SIMÕES, ANDRÉ BEZERRA DE PINHO, ALEXANDRE VIANA DOS SANTOS, LIA ROQUE ASSUMPÇÃO, THAIS VIEIRA DE CASTRO e GUILHERME GOMES DE SOUZA CASTRO

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Introdução: Os nódulos de tireoide são comuns na população geral, correspondendo a quarta neoplasia maligna mais frequente nas mulheres brasileiras. Dentre estes, encontramos o Carcinoma Anaplásico de Tireoide (ATC), sendo raros, representando apenas 1 a 2% de todos os carcinomas de tireoide. Entretanto, é responsável por 14 a 39% das mortes por câncer de tireoide, ocorrendo em pacientes idosos já com estágio avançado da doença no momento do diagnóstico. Relato de caso: Paciente M.J.M, sexo feminino, 70 anos, com quadro de dispnéia e tosse seca persistente. Relatava piora da tosse há 2 dias, associada a disfagia para alimentos sólidos. Exame do aparelho respiratório: Murmúrio vesicular audível, com presença de estridor respiratório, sem esforço. Exame da região cervical: massa cervical indolor com predomínio a direita. Realizada Tomografia Computadorizada de região cervical com massa em região cervical a direita, com desvio de traqueia. Evoluiu com disfagia total, dispnéia, sendo realizada traqueostomia transtorácica de urgência, com biópsia de fragmento, e colocado sonda nasoesofágica. Paciente evoluiu após 1 mês e 15 dias ao óbito. Apresentou resultado de histopatológico com neoplasia maligna pouca diferenciada de provável linha epitelial. Conclusão: O ATC é uma das neoplasias mais letais com prognóstico sombrio de 5 a 20% de sobrevida em um ano. A natureza agressiva e a raridade desses tumores dificultam a melhoria da qualidade de evidências em relação a ATC, assim como diagnóstico e tratamento. Nos pacientes com estadiamento IVA o tratamento deverá ser multimodal, associando ressecção cirúrgica agressiva (restrito a pacientes com possibilidade cirúrgica, principalmente com status cirúrgico R0 e R1) e terapia adjuvante (quimioterapia e radioterapia). Os pacientes com estadiamento IVC são candidatos a tratamento paliativo, devido ao prognóstico sombrio. Acerca do tratamento paliativo, é importante frisar que pacientes com doença em estágio terminal comumente requerem traqueostomia e suporte nutricional com gastrostomia. De acordo com a literatura e a evolução do caso relatado, com o prognóstico reservado já na admissão, evoluindo com dispnéia e disfagia total por compressão, foi optado por tratamento paliativo. Atualmente as abordagens agressivas devem ser individualizadas, principalmente para pacientes com bom prognóstico, e discutidas para aqueles pacientes onde o risco/benefício deve ser vantajoso, sem aumentar morbidade.

39

REDUÇÃO DA ALBUMINA NAS CIRURGIAS DE MÉDIO E GRANDE PORTE.

SILVIZETH GOMEZ RESTREPO, ANDY PETROIANU, LUIZ RONALDO ALBERTI e PEDRO HENRIQUE ALVES OLIVEIRA

INTRODUÇÃO: A identificação de pacientes com risco cirúrgico elevado é fundamental nas indicações e decisões operatórias, que são limitadas pela morbimortalidade potencial do procedimento. Nesse sentido, são importantes os parâmetros clínicos e laboratoriais que possam apontar para situações de maior risco de complicações pós-operatórias. A agressão cirúrgica provoca distúrbios sistêmicos mediados por reações de adaptação orgânica em resposta ao trauma. Esse conjunto de fatores caracteriza-se por reações endocrinometabólicas, liberação de mediadores suprarrenais e hipofisários, com aumento do catabolismo proteico e lipídico, hiperglicemia não glicídica e retenção hidrossalina. Entre as respostas sistêmicas destaca-se a hepatocitária, com diminuição da síntese de albumina e ferritina. Considerando que a albumina é uma proteína de vida média ao redor de 21 dias, alterações em menor intervalo de tempo precisam ser mais estudadas. **OBJETIVO:** Avaliar o efeito provocado pelo trauma cirúrgico na concentração da albuminemia no pós-operatório imediato. **MÉTODO:** Foram estudados 200 pacientes adultos, submetidos a operações eletivas de grande porte (Grupo 1) e médio porte (Grupo 2), identificados de acordo com o sexo, a idade e a cor da pele. As amostras sanguíneas foram obtidas nos dias anterior e posterior ao procedimento cirúrgico. **RESULTADOS:** Houve diminuição média da albuminemia em 1g/100 ml tanto no Grupo 1 ($p < 0,0001$) quanto no Grupo 2 ($p < 0,0001$). Não houve diferença entre os sexos e cor da pele nas operações de grande porte. Entretanto, as mulheres apresentaram menor redução da albumina sérica nas operações de médio porte do que os homens. Ainda nas operações de médio porte, a albuminemia diminuiu menos nos melanodérmicos em relação aos feodérmicos e nestes menos do que nos leucodérmicos. Em ambos dos grupos, houve maior redução da albumina nos pacientes acima de 65 anos, seguidos pelos abaixo de 45 anos e, por último, entre 45 e 65 anos. **CONCLUSÃO:** As operações de médio e grande porte provocam redução imediata da albuminemia. Tal dado é importante no sentido de se propor um tratamento efetivo do controle nutricional, com o objetivo de diminuir a morbidade e mortalidade operatórias.

40

CÂNCER DE APÊNDICE: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

CAROLINE MAFRA DE CARVALHO MARQUES

HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS

INTRODUÇÃO

Encontradas em apenas 1% das apendicectomias, as neoplasias primárias do apêndice são raras. Em geral, o diagnóstico só ocorre após consulta do exame histopatológico do órgão ressecado pelo diagnóstico suspeito de apendicite. Tinha-se como regra a superioridade dos tumores carcinoides sobre os demais tipos histológicos. No entanto, essa distribuição foi alterada com o tempo, de forma que o adenocarcinoma mucinoso representa o tipo mais comum.

No Hospital Naval Marcílio Dias, tem-se um volume significativo de apendicectomias realizadas a cada ano. Em média, 1 apendicectomia por plantão. Com amostra tão expressiva, torna-se possível estudar a distribuição, comportamento e abordagem das neoplasias de apêndice.

RELATO DE CASOS

Relata-se aqui 4 casos de pacientes diagnosticados e tratados no Hospital Naval Marcílio Dias. São 3 com diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso, sendo que um deles apresentava associadamente pseudomixoma peritoneal. E, 1 caso restante de tumor neuroendócrino. O tipo histológico aqui mais comum, corrobora o defendido nos trabalhos internacionais. Um dos pacientes com adenocarcinoma mucinoso tinha o apêndice como conteúdo da hérnia inguino-escrotal direita, de forma que o diagnóstico foi suspeito durante realização de herniorrafia inguinal confirmado com exame histopatológico. Todos os casos de tumores primários de apêndice foram diagnosticados incidentalmente, uma vez que a motivação inicial para realização de videolaparoscopia foi a suspeita clínica de apendicite. Contraria-se os artigos, portanto, quando estes afirmam existir quadro clínico característico. Os adenocarcinomas foram tratados com hemicolectomia direita. Para o paciente com pseudomixoma peritoneal foi aventada possibilidade de realização de quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC), porém abortada pela condição clínica do paciente. Para os tumores neuroendócrino, optou-se pela apendicectomia e seguimento. Os 4 pacientes sobreviveram, com média de sobrevida de 5,25, algo superior a expectativa inferida.

CONCLUSÃO

A distribuição e abordagem não diferiram da literatura, porém o comportamento, traduzido na expectativa de vida, demonstrou ser algo superior em nosso Serviço. Deve-se ressaltar a importância da busca ativa dos pacientes com suspeita de tumor de apêndice pelo aspecto cirúrgico para evitar descontinuidade do tratamento.

43

TUMOR DO ESTROMA GASTRO-INTESTINAL

CÁSSIA DOMINGUES, JOSÉ JORGE SANCHES e PRISCILLA HAUÍ DE OLIVEIRA GALUZZI FONSECA

HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES

Introdução: Tumores Estromais Gastro-Intestinais (GIST) derivam-se de células intersticiais de Cajal, uma célula marca passo intestinal. Eles podem aparecer em qualquer lugar do TGI, mas encontram-se principalmente no estômago (40-60%), intestino delgado (30%) e cólon (15%), variando de pequenas tumorções benignas a lesões volumosas com necrose, hemorragia e metástase disseminadas. Relato do Caso: No presente relato, tem-se o caso de um paciente feminino, 62 anos, que procurou atendimento emergencial do Hospital Federal Cardoso Fontes - RJ, devido a suposto inchaço abdominal sem nenhuma outra queixa. Ao exame, encontrava-se em bom estado geral, com volumosa massa em abdome de aproximadamente 20 cm x 20 cm, pétreo, móvel e indolor, estendendo-se de epigástrico a pelve; sem demais alterações dignas de nota. Foi submetida à investigação com exames complementares evidenciando-se: série branca, vermelha, eletrólitos e marcadores tumorais normais; endoscopia digestiva alta com lesão subepitelial de antro e pangastrite enantematosa leve; colonoscopia inalterada; ultrassonografia com tumefação de componentes císticos e sólidos em região pélvica e mesogástrica; tomografia computadorizada mostrando massa lobulada em íntimo contato com estômago, deslocando alças intestinais posterior e lateralmente. A paciente foi encaminhada para cirurgia laparoscópica, encontrando-se tumorção multilobulada de conteúdo cístico, com pedículo oriundo de parede posterior de antro gástrico, aderida ao epíplon e mesocólon - no qual havia múltiplos linfonodos - e pequena quantidade de líquido livre. A massa foi ressecada de seu pedículo por meio de grampo manual, e em seguida foi realizada gastrectomia subtotal à Billroth II com confecção de Brown, e biópsia de linfonodo. Houve rápida melhora no pós-operatório, com reintrodução alimentar precoce, e alta hospitalar em 7 dias sem complicações. Ao histopatológico, os marcadores c-kit, DOG-1, e CD34 foram positivos, comprovando-se GIST, com linfonodo e epíplon livres de neoplasia; sendo, então, a paciente encaminhada ao serviço clínico-oncológico do mesmo hospital para seguimento quimioterápico. **Conclusão:** Apesar de um tamanho que chama atenção, o GIST pode passar-se com mínimos sintomas, sem alteração dos demais sistemas, evoluindo bom prognóstico quando tratado cirúrgico e clinicamente em tempo hábil.

41

A ESOFAGOCARDIOPLASTIA À THAL-HATAFUKU NO TRATAMENTO DO MEGAESÔFAGO GRAU IV: RELATO DE CASO

FERNANDA BAPTISTA DE SÁ LEITÃO, PAULA MARSICO, MÁRIO CELSO MARTINS REIS, ANTÔNIO MIRALDI e CARLOS HENRIQUE BOASQUEVISQUE

UFRJ

Introdução

O megaesôfago tem como principal etiologia em nosso meio a doença de Chagas. Menos frequentes, são os casos de acalásia idiopática, etiologia que predomina nos países desenvolvidos. A doença descrita pode gerar sintomas dispépticos como principalmente a disfagia. Diversas técnicas cirúrgicas foram sendo implementadas visando a melhora da sintomatologia. No dolicoesôfago (grau IV na classificação de Ferreira-Santos), a esofagectomia é a técnica mais utilizada, porém apresenta alta morbimortalidade, o que tem motivado a utilização de técnicas menos invasivas. Aqui, relatamos um caso de dolicoesôfago operado em 2017 no Hospital Clementino Fraga Filho da UFRJ, no Rio de Janeiro, onde optamos pela esofagocardioplastia à Thal-Hatafuku frente a esofagectomia.

Relato de caso

Paciente de 65 anos, feminino, com queixa de disfagia progressiva há 2 anos e perda ponderal. Sorologia para doença de Chagas (ELISA) foi positiva.

Na investigação foi realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou esofagite leve e não demonstrou lesões sugestivas de neoplasia. Na tomografia computadorizada demonstrou megaesôfago avançado e divertículo epifrênico volumoso.

Optado pela realização de esofagocardioplastia à Thal-Hatafuku por via laparotômica. Com 14 dias de internação, paciente teve alta hospitalar aceitando bem dieta. Após 6 meses da cirurgia, mantém acompanhamento referindo resolução completa dos sintomas e ganho de peso progressivo.

Conclusão

Apesar da vasta experiência dos cirurgiões brasileiros no megaesôfago chagásico, existem poucos trabalhos sobre o uso da cirurgia de Thal-Hatafuku no tratamento dos casos avançados. No grau IV, estudos demonstram o risco de cerca de 3 a 10% no desenvolvimento de câncer de esôfago. Por esse motivo, centros de referência recomendam a esofagectomia transhiatal. Nesses locais, a mortalidade da cirurgia apresenta níveis menores do que 5%, porém sabe-se que este resultado não se repete na maioria dos centros. Independente do centro sabe-se que a esofagectomia traz consigo alta morbidade (30-50%). Tais dados, associados ao fato de que se trata de doença benigna, justificam a busca por procedimento cirúrgico menos invasivo para melhora dos sintomas.

No nosso caso, acreditamos que a esofagectomia iria aumentar de forma significativa a morbimortalidade da paciente. Neste contexto, a operação de Thal-Hatafuku nos parece uma alternativa menos invasiva e eficaz no tratamento do megaesôfago avançado.

44

SARCOMA HEPÁTICO EMBRIONÁRIO: RELATO DE CASO

ROGERIO BATISTA MONTENEGRO, SIDNEY CHALUB e JAÍSSE CRUZ VALENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA

Introdução: O sarcoma hepático embrionário é um tumor maligno primário raro do fígado, é observado mais na infância tardia e, casos excepcionais, em adultos (UCHIYAMA et al, 2001). Em geral, o tratamento é tardio devido aos sintomas raros e às conclusões inequívocas dos exames de imagem (ALMOGY et al, 2004). O prognóstico é reservado, e, atualmente, observa-se que a sobrevivência a longo prazo é possível após ressecção cirúrgica completa, com ou sem quimioterapia. (UCHIYAMA et al, 2001). Caso: V.G.O, 08 anos, feminino, parda, estudante. Há 7 dias, evoluindo com dor abdominal difusa em cólica e febre contínua (38°C). Ao exame físico: dor à palpação profunda e presença de massa endurecida no hipocôndrio direito. A ultrassom de abdome superior mostrou massa heterogênea sólida em segmento VII de lobo direito hepático com 7 cm, pouco vascularizada, sugerindo hepatoblastoma. Realizou-se tomografia computadorizada do abdome revelando fígado heterogêneo com formação hipodensa bem delimitada, discretamente heterogênea, medindo 7,5 x 7,9 x 8,0 cm com volume próximo a 247 ml, envolvendo segmento basal anterior e posterior do fígado. Baseado nas características radiológicas, a principal impressão diagnóstica foi abscesso hepático. A criança foi submetida a drenagem. O exame anátomo-patológico apontou neoplasia mesenquimal referente a hemangioendotelioma tipo II e a imunohistoquímica positivou para IA4 e D33, sugerindo neoplasia maligna fusocelular e pleomórfica extensamente necrótica. No segundo mês operatório, a ressonância magnética de abdome mostrou lesão expansiva heterogênea com componentes císticos e sólidos, com realce irregular provocando aumento do volume e abaulamento dos segmentos VI e V hepático, medindo 5,2x 7,0x 5,8cm. A dosagem de alfa-feto proteína foi de 13,29 ng/mL. Indicado novo tratamento cirúrgico. A imunohistoquímica pós-operatória marcou D33 confirmando sarcoma embrionário hepático. A criança vem apresentando boa evolução, atualmente em tratamento quimioterápico. **Conclusão:** O caso relatado trouxe à luz a quarta neoplasia mais comum da infância, uma situação rara que é a Sarcoma Hepático Embrionário, pode ser confundido com abscesso hepático na macroscopia. Para obter seu diagnóstico final foi utilizado um exame histopatológico, método imunohistoquímico e achados morfológicos. Comprovou-se que a conduta por ressecção radical, quando bem executada, obteve resultados satisfatórios no que diz respeito na melhora da qualidade de vida do paciente.

45
SARCOMA HEPÁTICO EMBRIONÁRIO: RELATO DE CASO

ROGERIO BATISTA MONTENEGRO, SIDNEY CHALUB e JAÍSSE VALENTE CRUZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA

Introdução: O sarcoma hepático embrionário é um tumor maligno primário raro do fígado, é observado mais na infância tardia e, casos excepcionais, em adultos (UCHIYAMA et al, 2001). Em geral, o tratamento é tardio devido aos sintomas raros e às conclusões inequívocas dos exames de imagem (ALMOGY et al, 2004). O prognóstico é reservado, e, atualmente, observa-se que a sobrevivência a longo prazo é possível após ressecção cirúrgica completa, com ou sem quimioterapia. (UCHIYAMA et al, 2001). Caso: V.G.O, 08 anos, feminino, parda, estudante. Há 7 dias, evoluindo com dor abdominal difusa em cólica e febre contínua (38°C). Ao exame físico: dor à palpação profunda e presença de massa endurecida no hipocôndrio direito. A ultrassom de abdome superior mostrou massa heterogênea sólida em segmento VII de lobo direito hepático com 7 cm, pouco vascularizada, sugerindo hepatoblastoma. Realizou-se tomografia computadorizada do abdome revelando fígado heterogêneo com formação hipodensa bem delimitada, discretamente heterogênea, medindo 7,5 x 7,9 x 8,0 cm com volume próximo a 247 ml, envolvendo segmento basal anterior e posterior do fígado. Baseado nas características radiológicas, a principal impressão diagnóstica foi abscesso hepático. A criança foi submetida a drenagem. O exame anátomo-patológico apontou neoplasia mesenquimal referente a hemangiendotelioma tipo II e a imunohistoquímica positivou para IA4 e D33, sugerindo neoplasia maligna fuscocelular e pleomórfica extensamente necrótica. No segundo mês operatório, a ressonância magnética de abdome mostrou lesão expansiva heterogênea com componentes císticos e sólidos, com realce irregular provocando aumento do volume e abaulamento dos segmentos VI e V hepático, medindo 5,2x 7,0x 5,8cm. A dosagem de alfa-feto proteína foi de 13,29 ng/mL. Indicado novo tratamento cirúrgico. A imunohistoquímica pós-operatória marcou D33 confirmando sarcoma embrionário hepático. A criança vem apresentando boa evolução, atualmente em tratamento quimioterápico. Conclusão: O caso relatado trouxe à luz a quarta neoplasia mais comum da infância, uma situação rara que é a Sarcoma Hepático Embrionário, pode ser confundido com abscesso hepático na macroscopia. Para obter seu diagnóstico final foi utilizado um exame histopatológico, método imunohistoquímico e achados morfológicos. Comprovou-se que a conduta por ressecção radical, quando bem executada, obteve resultados satisfatórios no que diz respeito na melhora da qualidade de vida do paciente.

47
OBESIDADE: QUAL O MELHOR TRATAMENTO

CIRENIO DE ALMEIDA BARBOSA, WEBER CHAVES MOREIRA e THAIS OLIVEIRA DUPIN

Introdução: A obesidade é considerada, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública, constituindo-se em epidemia mundial responsável por aumento substancial da morbimortalidade. O aumento do índice de massa corporal (IMC), principalmente em obesos graves (IMC $\geq 40,0$ kg/m²), provoca graves problemas de saúde, como elevação do fator de risco para doenças cardiovasculares, metabólicas, neoplásicas, ortopédicas, entre outras. Por ser de causa multifatorial resultante da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais, causa forte impacto tanto na saúde quanto no bem-estar psicológico e, principalmente, na qualidade de vida. Objetivo: incluir estratégias, em todos os níveis de prevenção e tratamento: mudança de estilo de vida, terapia cognitiva/comportamental e a farmacoterapia, cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade e suas comorbidades e tratamento das complicações e à limitação das consequências adversas da obesidade para a saúde. Método: Foram realizadas buscas nas bases Pubmed, Medline, Scielo e Cochrane BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Pesquisas adicionais foram realizadas em sites de busca como Google Acadêmico e Google. Foram usados também livros-textos recentes, e alguns artigos-chave selecionados a partir de citações em outros artigos. Resultado: Considera-se sucesso no tratamento da obesidade a habilidade de atingir e manter uma perda de peso clinicamente útil (usualmente de 5 a 10% do peso), que resulte em efeitos benéficos sobre doenças associadas, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Considerando seu caráter multifatorial, o enfrentamento dessa condição clínica envolve ações de promoção da saúde, abordagem cognitivo-comportamental, tratamento dietético, tratamento medicamentoso e tratamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico da obesidade é atualmente reconhecido como uma estratégia eficaz que apresenta como finalidade induzir e manter perda de peso, assim como reduzir ou controlar as co-morbidades relacionadas à obesidade. A equipe deve ser multidisciplinar composta por cirurgião, anestesiológico, endocrinologista, pneumologista, equipe de enfermagem, fisioterapeuta, nutrólogo e/ou nutricionista, psiquiatra e/ou psicólogo. Conclusão: A obesidade é doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Sua causa é multifatorial e depende da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais

48
ÚLCERA DE MARJOLIN: QUEIMADURA POR ELETROCAUTÉRIO

THAÍS OLIVEIRA DUPIN, CIRÊNIO DE ALMEIDA BARBOSA

UFSJ

Introdução: Úlcera de Marjolin (UM) tumor maligno de pele que ocorre sobre a superfície de várias formas de cicatrizes. Acredita-se que a queimadura torna a área acometida um sítio imunologicamente privilegiado devido à pobre vascularização e drenagem linfática prejudicada, levando a uma falha do reconhecimento desta lesão pelo sistema imunológico e impossibilitando a defesa contra células mutantes, que proliferam desordenadamente e progridem em forma neoplásica por mutação espontânea ou influência de agentes carcinógenos. Objetivo: prevenção das lesões: tratamento adequado das queimaduras agudas - cobertura definitiva com enxertos, prevenindo cronicização do processo inflamatório cicatricial; vigilância dos pacientes que tiveram cicatrizações das queimaduras por segunda intenção ou que possuam cicatrizes que ulceram facilmente. Método: Foram realizadas buscas nas bases Pubmed, Medline, Scielo e Cochrane BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Pesquisas adicionais foram realizadas em sites de busca como Google Acadêmico e Google. Foram usados também livros-textos recentes. Resultado: Os aspectos clínicos de transformação maligna com-preendem úlceras que não cicatrizam, fundo granuloso, bordos espessos e base endurecida, aumento da consistência da lesão, vege-tação, odor desagradável, bordas elevadas e formação de nódulos sobre a cicatriz, além de outros fatores como traumatismo e irri-tação constante, imunodeficiência, fatores de crescimento presentes no exsudado, alterações na vascularização tecidual, infecção crônica, higiene inadequada, fatores ambientais e predisposição genética. Conduta terapêutica: localização primária, extensão da lesão, idade do paciente e presen-ça ou não de metástase, variando entre excisão da lesão, excisão e enxerto, amputação e radioterapia. A excisão deve ser realizada com cautela, pela possibilidade de disseminação tumoral, deve incluir ampliação de margem no mínimo >2 cm (pele, músculo e fáscia), pela grande chance de recidivas e metástases. Conclusão: UM neoplasias malignas da pele surgem preferencialmente após queimaduras térmicas e requerem abordagem cirúrgica precoce devido sua alta agres-sividade, potencial metastatizante e alto índice de recidivas, sendo o subtipo histológico de carcinoma de células escamosas o mais comum. Apresentação clínica é clássica: úlceras que não cicatrizam, aumento da consistência da lesão, vegetação, odor desagradável, bordas elevadas ou irregulares e formação de nódulo sobre a cicatriz.

49
RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: PRESCRIÇÃO MÉDICA

THAÍS OLIVEIRA DUPIN, CIRÊNIO DE ALMEIDA BARBOSA e WEBER CHAVES MOREIRA

UFSJ

Introdução: A relação entre os profissionais de saúde e os pacientes abrange componentes de ordem emocional - estão envolvidos os vínculos relacionados à confiança, empatia, respeito, aceitação, entre outros e informacional - abarca as questões cognitivas, como coleta e compartilhamento de informações e orientações ao paciente. O médico, após realizar a anamnese, proceder e analisar exames clínicos e fazer a reflexão que cada caso exige, toma a decisão sobre o caminho terapêutico a ser adotado. A realização do ato médico se completa com a prescrição médica. O seguimento dos princípios básicos do relacionamento médico-paciente transmite ao paciente segurança e adesão à prescrição médica. É necessário transparência na prescrição, com esclarecimentos e disponibilidade do profissional diante de possíveis reações adversas. Ao observar as regras e os limites éticos impostos à prescrição, o médico transmite a devida segurança ao seu paciente, evitando o risco, preservando sua credibilidade e confirmando sua competência. Objetivo: Entendimento do problema do paciente para definição do diagnóstico; Elaboração cuidadosa pelo profissional de um plano terapêutico (prescrição) e comunicação de forma clara dessas informações ao paciente/famíliares/cuidadores e outros profissionais envolvidos. Método: Foram realizadas buscas nas bases Pubmed, Medline, Scielo e Cochrane BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Pesquisas adicionais foram realizadas em sites de busca como Google Acadêmico e Google. Resultado: A prescrição pode ser feita a mão, impressa ou virtual. Quando realizada a mão, o custo financeiro é mínimo, mas um dos principais problemas é a incapacidade de entendimento da grafia e a abreviatura de palavras que possibilita erros no uso dos medicamentos. Para prescrição de medicamentos que são prescritos frequentemente, a mesma pode ser digitada no computador e impressa. A prescrição por telefone não deve ser realizada, bem como a indicação de tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente - hipótese só admitida em casos de urgência/emergência inadiáveis. Conclusão: Uma boa prescrição médica não se resume apenas à ausência de erros, mas na necessidade do prescritor olhar o paciente de forma holística, levando em conta não somente a situação clínica e os aspectos inerentes ao medicamento a ser prescrito, mas também condições sociais e cognitivas do paciente dos pais e cuidadores que influenciarão na adesão e uso adequado do tratamento prescrito.

50

PARA O CIRURGIÃO GERAL, QUAIS AS VANTAGENS DE OPERAR POR MEIO DA CIRURGIA ROBÓTICA?

CIRENIO DE ALMEIDA BARBOSA, TUIAN SANTIAGO CERQUEIRA, THALES ALVES DE SOUZA e RONALD SOARES DOS SANTOS

Introdução: A cirurgia robótica (CR) se encaminha para ser a nova revolução da cirurgia moderna, por associar todos os benefícios da cirurgia minimamente invasiva, com a vantagem da estabilidade da imagem, o recurso da terceira dimensão (3D), e a mobilidade da instrumentação intracorpórea, principalmente em campos operatórios de espaços mais restritos. Atualmente, graças à padronização das técnicas cirúrgicas pelo acesso videolaparoscópico e o desenvolvimento de instrumentos cirúrgicos mais ergonômicos e eficazes, além das novas tecnologias de energia que foram incorporadas nos instrumentos de secção e hemostasia, os procedimentos são hoje realizados com a mesma segurança e no mesmo tempo daqueles realizados pelo acesso aberto convencional. **Objetivos:** A visão do cirurgião é tridimensional, muito boa, e superior à da laparoscopia. Os instrumentos são precisos e realizam movimentos semelhantes à mão humana. Não há tremor nem cansaço. Para o cirurgião existe grande vantagem na ergonomia. **Método:** Foram realizadas buscas nas bases Pubmed, Medline, Scielo e Cochrane BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Pesquisas adicionais foram realizadas em sites de busca como Google Acadêmico e Google. Foram usados também livros-textos recentes, e alguns artigos-chave selecionados a partir de citações em outros artigos. **Resultados:** A CR apresenta uma série de vantagens em relação à cirurgia laparotômica e à cirurgia videolaparoscópica, quando incorpora todos os aspectos positivos de uma cirurgia minimamente invasiva e a suplantada em termos de ergonomia, controle do campo operatório, imagem de alta resolução em terceira dimensão (3D), liberdade de movimentação do instrumental, redução de tremores, realização de tarefas arriscadas para o cirurgião (exposição à radiação, por exemplo), maior autonomia do cirurgião com o uso menor de auxiliares e, principalmente, a precisão. A CR é uma combinação da cirurgia laparoscópica com a utilização de um robô comandado por um médico cirurgião. Por se tratar de uma cirurgia minimamente invasiva, também proporciona uma recuperação mais rápida ao paciente, e entre as suas vantagens, estão a perfeição dos movimentos, precisão do procedimento, redução dos riscos para o paciente e melhor aproveitamento físico do cirurgião. **Conclusão:** A cirurgia robótica adicionou à laparoscopia o enriquecimento dos movimentos, a facilidade das manobras e procedimentos, a visualização em três dimensões e a ergonomia para o cirurgião.

51

HÉRNIA UMBILICAL E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

FERNANDA ROCHA DORNELES, CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO, EDUARDA CASTELO BRANCO ARAÚJO BERNAL, IZABELA DE PAIVA FELIPE, VERÔNICA CÉSAR MONTEIRO e VITOR LEÃO SANTOS OLIVEIRA

UNIUBE - UNIVERSIDADE DE UBERABA

Introdução

Hérnia umbilical é caracterizada como uma protrusão anormal do peritônio na região de cicatriz umbilical contendo tecido gorduroso pré-peritoneal, omento ou alças intestinais. No adulto, geralmente é secundária a um defeito adquirido, decorrente do aumento da pressão intra-abdominal, como observado na obesidade, gravidez e ascite. Em pacientes com cirrose e ascite, pode haver estrangulamento ou ruptura do saco herniário.

Relato de Caso

A.H., 51 anos, portador de cirrose de etiologia alcoólica e hipertensão portal iniciou com quadro de forte dor abdominal difusa, distensão abdominal e vômitos há vinte dias. Ao exame físico, estava hemodinamicamente estável com abdome tenso, distendido, hipertimpânico à percussão, difusamente doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, sinal do piparote positivo e presença de circulação colateral do tipo portocava. Evoluiu com piora importante da dor abdominal, surgindo abaulamento em região umbilical irreduzível com cerca de três centímetros de diâmetro, doloroso à palpação, com piora à Manobra de Valsalva e descompressão brusca negativa. Devido ao quadro clínico foram levantadas as hipóteses diagnósticas de hérnia umbilical encarcerada ou estrangulada, com o propósito de abordagem cirúrgica para correção. Antes da cirurgia, foi solicitado ultrassonografia (US) de parede abdominal, devido aos riscos inerentes ao paciente e para investigação de complicações da hérnia umbilical. À US, foi evidenciado circulação colateral portal, com recanalização da veia umbilical parcialmente trombada. Portanto, não foi feito tratamento cirúrgico devido ao diagnóstico etiológico estabelecido de trombose parcial da veia umbilical recanalizada no exame complementar. Optou-se pelo seguimento clínico do paciente. A anticoagulação não foi feita, uma vez que a hepatopatia descompensada consiste numa das contraindicações ao uso de terapia anticoagulante.

Conclusão

Embora os doentes tenham um risco cirúrgico elevado, o reparo das hérnias umbilicais na presença de cirrose e ascite é recomendado. Em pacientes assintomáticos, a cirurgia é realizada no momento do transplante hepático. Uma indicação clássica de cirurgia é a presença de encarceramento ou estrangulamento. Porém, é importante avaliar diagnósticos diferenciais antes da abordagem cirúrgica a fim de prevenir iatrogenia, prejuízos físicos e psicossociais ao paciente.

52

CONFIABILIDADE DO EFAST NO DIAGNÓSTICO DO TRAUMA TÓRACO-ABDOMINAL

LUCAS DANILLO MOREIRA DE JESUS, CARLOS EDMUNDO RODRIGUES FONTES, CLAUDIO RICARDO CAPELA BOGDAN e CAROLINE LEITE MOLINA

UEM - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

INTRODUÇÃO: Os traumas tóraco-abdominais podem evoluir com síndrome hemorrágica ou perfuração, devendo para um melhor prognóstico, serem rapidamente diagnosticadas. A utilização da ultrassonografia a beira do leito em pacientes politraumatizados vem se tornando cada dia mais utilizada nos setores de emergência. **OBJETIVO:** Analisar o impacto do (EFAST - Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma) no diagnóstico dos pacientes com trauma tóraco-abdominal atendidos no setor de emergência de um Hospital de Ensino do Sul do Brasil. **METODOLOGIA:** No período de julho de 2017 a março de 2018 foram analisados 28 prontuários de pacientes com trauma tóraco-abdominal fechado submetidos ao EFAST. Para a análise de concordância foi utilizado o coeficiente de Kappa por meio do programa R. **RESULTADOS:** O coeficiente de KAPPA revelou uma forte concordância de 0.88 (IC 95%: 0.78 – 0.99) apresentando significância estatística ($p < 0.05$) para a realização do EFAST. **CONCLUSÃO:** O presente estudo demonstrou que pacientes com trauma tóraco-abdominal fechado submetido ao EFAST que foram positivos e em seguida realizado laparotomia exploradora, teve significância estatística, demonstrando que este é um recurso que deve ser utilizado nas salas de emergência para manuseio do paciente com trauma tóraco-abdominal fechado.

53

COLECTOMIA TOTAL NA SÍNDROME DE OGILVIE - NECESSIDADE DE RESOLUÇÃO CIRÚRGICA PRECOZE

IZABELA PAIVA FELIPE, CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO, EDUARDA CASTELO BRANCO ARAÚJO BERNAL, FERNANDA ROCHA DORNELES, VERÔNICA CÉSAR MONTEIRO e VITOR LEÃO SANTOS OLIVEIRA

INTRODUÇÃO: Sd de Ogilvie pseudobstrução intestinal colônica aguda com dilatação do cólon sem causa obstrutiva mecânica que justifique interrupção do trânsito intestinal. Primária ou secundária (relacionada por ex. com doenças metabólicas, infecção, medicações). Diagnóstico de exclusão. Tratamento geralmente conservador com correção do fator desencadeante e cirúrgico na falha do tratamento clínico, sinais de perfuração ou isquemia intestinal. **RELATO:** RBTP, feminino, 44 a. Portadora de Esquizofrenia, internada em sanatório por 3 meses, usando Neozine, Risperidona, Citalopram, Olanzapina e Clonazepam. Procurou PA por distensão abdominal grave, parada de evacuação e flatos, vômito alimentar. EF estável hemodinamicamente, abdome distendido, flácido, ruídos preservados e diminuídos; DB negativo; toque retal com presença de fecaloma baixo. RX abdome com dilatação de cólon e grande quantidade de fezes. Hipótese diagnóstica de Abdome Agudo Obstrutivo por fecaloma; quebrado digitalmente e prescrito Enema. Demais exames hiponatremia, hipocalcemia e hiperfosfatemia, levando à suspeição de insuficiência renal crônica. Os distúrbios hidroeletrólíticos (DHE) foram corrigidos, mas paciente manteve distensão. Após 4 d internada, piorou distensão e dor; novo toque retal com ampola vazia. Novo RX abdome que mostrou piora importante da distensão colônica. Excluídas outras causas para a obstrução, hipótese de Sd Ogilvie secundária à DHE, não responsiva as medidas clínicas terapêuticas propostas para correção dos DHE. Evoluiu com ausência RHA, abdome em tábua, peritonite, desconforto respiratório e rebaixamento do nível de consciência. Indicada laparotomia com Colectomia Total com Ileostomia Terminal. Paciente evoluiu bem. **CONCLUSÃO:** Prováveis desencadeantes para o quadro foram uso crônico abusivo de medicações constipantes associado à DHE. Estamos diante de um quadro que geralmente evolui bem com tratamento clínico conservador e é dramática necessidade de resolução cirúrgica. Apesar da boa evolução, ressalta-se importância diagnóstica e intervenção precoce para reduzir morbimortalidade.

REFERÊNCIA: RIBAS FILHO, Jurandir Marcondes et al. Síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução intestinal aguda) - Relato de caso. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202009000200012. Acesso em: 17 mar. 2009; PATEL, Nell Maloney; VARGAS, H. David. Acute Intestinal Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome). 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2780141/>. Acesso em: 18 maio 2005

54

RECONSTRUÇÃO PERINEAL COM RETALHO FASCIOTÂNICO DE COXA E GLÚTEO PÓS RESSECÇÃO DE CÂNCER VULVAR.

RIVELINO TRINDADE AZEVEDO, MIRIÃ BOARETTO TEIXEIRA FERNANDES, VINICIUS ALMEIDA DE OLIVEIRA, LEO LARA ESPINOZA, LUIZA RODRIGUES BATISTA, FLÁVIO MARQUES DE CARVALHO, YARA LUCIA MENDES FURTADO DE MELO e BRUNA MARQUES FREITAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO

Introdução: O câncer de vulva é raro, sendo responsável por 3 a 5% dos tumores malignos genitais femininos e por menos de 1% dentre as neoplasias que acometem a mulher. Apresenta incidência de 2 casos por 100 mil mulheres em países emergentes, com maior prevalência do carcinoma epidermóide. Apesar da baixa incidência, a terapêutica envolve ressecções extensas, com sequelas funcionais e emocionais importantes. A reconstrução perineal imediata é universalmente aceita como o melhor desfecho cirúrgico e permanece como um desafio ao cirurgião. Há diversas técnicas de rotação de retalhos na reconstrução vulvar pós ressecções extensas, cuja prioridade é o resgate funcional e estético das estruturas perineais, importantes à saúde da mulher. A depender da localização, extensão tumoral e comprometimento de sítios adjacentes, a ferida operatória pode ser fechada com síntese primária, secundária ou retalho fasciotânico. Objetiva-se apresentar técnica de reconstrução imediata com retalho glúteo de avanço V-Y e fasciotânico de coxa como boa alternativa às ressecções extensas de câncer vulvar; e análise do resultado quanto à melhoria de qualidade de vida. **Relato de caso:** AA, 57 anos, branca, G2P2A0, menarca aos 16 anos, catamenios regulares, menopausa aos 52 anos, sem histórico de sinusiorragia, infecções sexualmente transmissíveis ou uso de contracepção. Queixa de lesão vegetante de grande lábio esquerdo, 5x6 cm, ulcerada, bordas endurecidas, doloroso, estendendo-se à fúrcula e períneo, pigmentadas e de aspecto ceratótico. A biópsia revelou carcinoma escamoso celular invasor, moderadamente diferenciado, infiltrante, ulcerado e atípicas, de provável natureza viral, tipo papilomavírus humano. Foi indicada ressecção oncológica por vulvectomia e linfadenectomia bilateral. Em sequência, feito reconstrução vulvar imediata, com retalho fasciotânico medial de coxa esquerda e retalho glúteo de avanço em V-Y à direita para reconstrução de períneo e de grande lábio esquerdo. Evoluiu com poucas queixas algícas, continência fecal e urinária e mínima deiscência. O laudo anatomopatológico revelou comprometimento de margens cirúrgicas e linfonodos livres, optando-se por seguimento ambulatorial para avaliar recidiva. **Conclusão:** A técnica de rotação do retalho medial de coxa e de região glútea mostrou-se, como boa alternativa na reconstrução vulvar imediata, com mínima deiscência e boa reconstrução estética; para resgate funcional e emocional e promoção de qualidade de vida à mulher.

55

RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL INFERIOR COM RETALHO E ENXERTIA DE CARTILAGEM AUTÓLOGA.

RIVELINO TRINDADE AZEVEDO, FLÁVIO MARQUES DE CARVALHO, PEDRO DE CARVALHO GALVÃO ALVES, ISABELLA DE ALMEIDA KLEIN, MARCUS VINICIUS DA SILVA COIMBRA FILHO, RAFAEL GARRIDO SOUZA COSTA, JÉSSICA RANGEL TEIXEIRA PINTO e LEO LARA ESPINOZA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO

Introdução: Os defeitos perioculares têm etiologia neoplásica, traumática, infecciosa, congênita ou iatrogênica, sendo a correção desafiadora ao cirurgião. Dentre os tumores periorbitais, 40% estão na pálpebra, sendo 90% destes na inferior, com predomínio do carcinoma basocelular(CBC). Há várias técnicas de reconstrução palpebral pós ressecção tumoral e a escolha depende da extensão da lesão, comprometimento de estruturas do "H" facial e disponibilidade de tecido adjacente. Por ser um tecido autólogo, rápida epitelização e boa aceitação da área receptora, a técnica de Matsuo, usando cartilagem de concha de orelha para a enxertia parcial ou total em reconstruções de pálpebra inferior apresenta-se como uma boa alternativa. Objetiva-se apresentar uma reconstrução de pálpebra inferior com retalho e enxertia de cartilagem autóloga de orelha usando a técnica de Matsuo. **Relato de Caso:** MR, feminino, 74 anos, branca, com lesão nodular, pigmentada, bordas elevadas e peroladas, 0,8 cm, acometendo 80% da pálpebra inferior direita e com telangiectasias e lesões nodulares hiperemiadas em dorso nasal e malar à direita. Em 2013, fez a excisão, com resultado anatomopatológico de CBC nodular. Em 2016, ocorreu recidiva da lesão, de crescimento rápido, cujo laudo da biópsia foi de ceratose actínica. Foi retirada toda pálpebra inferior direita, 10% do canto lateral da pálpebra superior e as lesões em dorso nasal e malar. A congelação transoperatória confirma diagnóstico de CBC com margens livres. As reconstruções foram feitas com enxerto de cartilagem, retalho de periósteo e retalhos cutâneos. Devido a extensão da área receptora e anatomia da orelha foram necessárias 2 enxertos de cartilagem conchal – bilateral. A lamela posterior foi reconstruída com enxerto conchal usando a técnica de Matsuo. O enxerto de cartilagem foi posicionado com a concavidade voltada para a túnica conjuntiva, feito um retalho de periósteo para dar suporte no canto lateral, o qual foi fixado com nylon 4.0 aos cantos medial e lateral da pálpebra superior. A lamela anterior e região malar foram reconstruídas com retalho cervicofacial e a do dorso nasal, com retalho de rieger. **Conclusão:** Os pontos-chaves na reconstrução palpebral são o tecido de escolha para a substituição da lamela posterior e a necessidade de enxerto de conjuntiva. A técnica de reconstrução palpebral de Matsuo continua sendo uma opção que acarreta baixos índices de complicações e permite um excelente resultado estético e funcional.

56

TUMOR DE FRANTZ EM CRIANÇA DIAGNOSTICADO EM BELO HORIZONTE: RELATO DE CASO

LETÍCIA RIOS CARNEIRO, LAURA ALVES DE SOUZA DIAS, EDUARDA MENDES COSTA, LAURA DE VITERBO LAGE, ANDRÉ TUNES DE PAULA, ELIANE BASQUES MOURA, LEONARDO AUGUSTO SILVA MACHADO e PAULO FERNANDO MARTINS PINHEIRO

HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS

INTRODUÇÃO: Tumor de Frantz é uma rara neoplasia pancreática do tipo sólido pseudopapilar que acomete principalmente a região corpo-caudal, descrito primeiramente por Frantz em 1959. Trata-se de um tumor raro em crianças, com maior incidência em mulheres jovens, de diagnóstico geralmente incidental durante investigação por exame de imagem de outras afecções abdominais. O tratamento definitivo é a ressecção cirúrgica, com bom prognóstico. **RELATO DE CASO:** Relatamos o caso de um Tumor de Frantz descoberto em uma criança que foi tratada cirurgicamente e confirmado o diagnóstico após análise histopatológica. Paciente do sexo masculino, 10 anos, admitido no serviço de Cirurgia Pediátrica de um hospital público de Belo Horizonte com história de dor abdominal epigástrica de cerca de sete anos de evolução, associada a vômitos de início recente. Compareceu à consulta já tendo realizado, no ano anterior, ultrassonografia abdominal, tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve, laudados com presença de pequena formação expansiva de aspecto sólido em epigástrico. Após extensão propedêutica com nova tomografia de abdome e pelve, ressonância nuclear magnética de abdome e de vias biliares, foi evidenciada imagem de uma formação expansiva predominantemente sólida e exofítica na cabeça do pâncreas, causando compressão em topografia do duodeno. Procedeu-se a ampla discussão do caso entre equipes de Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Geral, de Fígado e Vias Biliares e equipe de Radiologia, aventando-se a hipótese de Tumor de Frantz. Encaminhado ao bloco cirúrgico, o paciente foi submetido a laparotomia mediana com exérese do tumor por enucleação, sendo confirmado o diagnóstico de tumor sólido pseudopapilar após análise histopatológica. **CONCLUSÃO:** Apresentamos o caso de uma criança do sexo masculino portadora de Tumor de Frantz na cabeça do pâncreas, o que mostra divergência da literatura referente à incidência da idade e da localização, já que a maioria dos casos são descritos em mulheres jovens e no corpo e cauda do pâncreas. Portanto, é válido atentar para essa hipótese como diagnóstico diferencial de tumores abdominais na infância.

57

RESIDÊNCIA MÉDICA EM CIRURGIA GERAL - NOVOS RUMOS

ELIZABETH GOMES DOS SANTOS,

CBC

A residência médica é reconhecida como a melhor forma de treinamento após a graduação. No final de 1948 grandes cirurgiões brasileiros, Mariano de Andrade no Hospital dos Servidores, no RJ e Alípio Correa Neto, no HC em SP, implantaram os primeiros programas de RMCG no Brasil, até que em 1977 foi oficialmente criada a Residência Médica. A RM foi definida como uma pós-graduação lato senso, com características próprias – treinamento em serviço – porque obedece à leis e regulamentações próprias. Nos últimos anos a cirurgia tem evoluído assombrosamente. A implementação da tecnologia trouxe aos pacientes mais segurança. Novos estudos sobre as funções e fisiopatologia do tubo digestório e sobre o atendimento ao politraumatizado foram aos poucos fazendo-nos perceber que o tempo de formação de um cirurgião geral não estava adequado. A partir dessa premissa buscamos a construção de uma Matriz de ensino não mais baseada em divisões de tempo de uma carga horária anual de 2880 horas. Foi construída uma Matriz baseada na Taxonomia de Bloom e seus domínios, e nos conceitos educacionais de Miller para a construção dos objetivos do aprendizado e sua avaliação. Ao final de cada ciclo o residente terá adquirido as competências necessárias, e, de fato, será capaz de fazer o que está explicitado na MC para seu período de treinamento. O objetivo do programa de RMCG é qualificar o Cirurgião para o exercício profissional, capacitá-lo a realizar o diagnóstico e oferecer tratamento cirúrgico, para as doenças mais prevalentes na sua área de atuação, conhecer as opções não operatórias, tornando-o progressivamente responsável e independente. Para isso, a nova Matriz foi idealizada para três anos de duração, por entendermos que é preciso estar exposto a um maior número de repetições dos movimentos (operações) para que se chegue à perfeição. Desta forma julgamos que teremos cirurgiões melhor formados para atuar com segurança, principalmente fora dos grandes centros urbanos. A cirurgia é uma arte em constante evolução. Esse nos parece um modelo adequado para o momento e para a realidade de um país de dimensões continentais. A evolução é inexorável, portanto o que hoje é razoável, amanhã estará obsoleto. O CBC desde 2010 vem tentando mudar o programa de RMCG. O que conseguimos depois de oito anos, já nos parece defasado, haja vista a recente introdução da cirurgia robótica, mas é preciso valorizar o ganho da luta. Amanhã começaremos a pensar no futuro.

58

TUMOR NEUROENDÓCRINO PANCREÁTICO NÃO-FUNCIONAL - RELATO DE CASO

LUIZA SEGANFREDO MAINARDI, JORGE OMAR NASCIMENTO, RENATO ANTÔNIO SOMMER e FRANCISCO ZANOTELLI ZANELLA

HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS

Os tumores neuroendócrinos são neoplasias das células produtoras de hormônios e podem acometer diversos órgãos, como o pâncreas e o intestino delgado. Os tumores neuroendócrinos pancreáticos (PanNET) são classificados em funcionais e não-funcionais, de acordo com a sintomatologia. Cerca de 90% são esporádicos. Os PanNET não-funcionais são incidentais em cerca de 70-90%, têm diagnóstico numa fase avançada, sendo que metade destes casos já apresenta metástase no momento do diagnóstico. Por serem não-funcionais, apresentam sintomatologia inespecífica, e por isso seu diagnóstico se dá, na maioria das vezes, por exames de imagem. Existem ainda outros exames, de imagem, laboratoriais e histopatológicos, úteis para o diagnóstico. A OMS classifica esses tumores em graus 1, 2 e 3, conforme o estágio de diferenciação. O tratamento indicado é cirúrgico, com ou sem terapia adjuvante. O presente trabalho descreve o caso de um paciente idoso, com sintomas inespecíficos, submetido a tomografia computadorizada, a qual revelou lesão expansiva na cauda do pâncreas. Foi submetido a pancreatectomia parcial e recebeu o diagnóstico, histológico, de tumor neuroendócrino pancreático grau 1. Apesar de manter acompanhamento ambulatorial, não foi encaminhado para terapia adjuvante, por apresentar PanNET grau 1, massa solitária, incidental, não-funcional e sem sinais de metástases. São necessários mais estudos para definir fatores de risco ou outros parâmetros de rastreamento, haja visto que a grande maioria é diagnosticada como achado incidental e em fase avançada da doença.

59

COLITE ULCERATIVA FULMINANTE - RELATO DE CASO

LUIZA SEGANFREDO MAINARDI, JORGE OMAR NASCIMENTO, RENATO ANTÔNIO SOMMER, FERNANDO DAMIANI e VIVIAN WINTER KOCH

HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS

A retocolite ulcerativa (RCUI) é uma doença inflamatória intestinal (DII) e tem etiologia ainda desconhecida, apesar de estudos mostrarem relação com fatores genéticos e autoimunes. A RCUI se caracteriza por inflamação difusa e inespecífica, acometendo mucosa e submucosa de colons e reto, com transição nítida entre tecidos doente e sadio. Causa dor abdominal, evacuações diarreicas, acompanhadas de muco ou sangue, entre outros. Laboratoriais podem revelar anemia, hipoalbuminemia e alteração da proteína C reativa, que acompanha a progressão e gravidade da doença; entretanto, não existe um marcador específico para RCUI. Alguns exames de imagem e endoscópicos, aliados a estudo histopatológico, se mostram úteis para o diagnóstico. Uma abordagem farmacológica complexa é fundamental para controle de eventos agudos e recidiva, como uso de imunossuppressores e corticóides, terapia biológica, entre outros. Até 40% dos pacientes com RCUI necessitarão de tratamento cirúrgico, como nos casos de má resposta ao tratamento medicamentoso, suspeita ou evolução para câncer de cólon ou quando desenvolvem-se complicações da doença, como infecção grave, perfuração ou hemorragia maciça. Relatamos o caso de uma paciente de 43 anos, previamente hígida, com histórico de dor abdominal e diarreia há 15 dias, que procurou atendimento de urgência por piora da dor abdominal e relato de enterorragia leve. Internada para investigação, a paciente evoluiu para enterorragia maciça não respondida a antibiótico e corticóide intravenoso, recebeu hemotransfusão e foi submetida a colectomia parcial, com confecção de ileostomia terminal e fechamento do coto de sigmoide. Estudo histopatológico revelou colite ulcerativa, forma fulminante, que pode acometer até 15% dos pacientes diagnosticados com RCUI. A paciente mantém acompanhamento e tratamento multidisciplinar ambulatorial, com plano de reconstrução do trânsito intestinal. Com a gama de exames complementares disponíveis, aliados a anamnese e exame físico minuciosos, é possível diagnosticar e controlar a doença. Apesar do crescente estudo envolvendo os processos patológicos das DII, ainda não se tem total compreensão de como estes distúrbios afetam os órgãos e tecidos, sendo necessárias mais pesquisas que objetivem aprimorar as alternativas terapêuticas, minimizando complicações e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

60

HÉRNIA INCISIONAL COM PERDA DE DOMICÍLIO ASSOCIADA A CISTO HEPÁTICO GIGANTE

DÉBORAH MENEZES ABUCHAIM, DÉBORAH MENEZES ABUCHAIM, ARTHUR BARROSO MARTINS DUTRA e MELLO, RODRIGO FELIPPE RAMOS, PEDRO EDER PORTARI FILHO e JOÃO GUILHERME CARVALHAL DE SOUZA

HUGG / UNIRIO

Introdução: As hérnias ventrais são situações relativamente comuns, com a realização de cerca de 500.000 cirurgias nos Estados Unidos por ano. Destas, a hérnia ventral incisional apresenta grande importância devido ao fato de ser uma complicação operatória, podendo ocorrer em até 23% das cirurgias, independente da via de acesso. Caso Clínico: Paciente submetida a laparotomia exploradora mediana há 4 anos, quando apresentou, no pós-operatório imediato, eventração da parede abdominal sem correção cirúrgica na época. Evoluiu com hérnia incisional volumosa com perda de domicílio. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome, sendo quantificados os volumes: do cisto hepático gigante de 3094 ml, da cavidade abdominal de 7223 ml, e do saco herniário de 2551 ml. A razão de volume entre conteúdo da hérnia e da cavidade abdominal, contemplando o cisto hepático foi de 35%. Paciente foi submetida a hernioplastia incisional com técnica de Rives-Stoppa associada a marsupialização do cisto hepático, sem necessidade de pneumoperitônio pré-operatório, apesar da perda de domicílio. No pós-operatório imediato evoluiu sem complicações tendo alta hospitalar no 4o dia. Conclusão: Pacientes com hérnia ventral gigante devem ser avaliadas no pré-operatório para realização de técnicas de expansão abdominal como pneumoperitônio. Este procedimento em geral é indicado quando a razão entre o volume abdominal e o volume do saco herniário é maior que 25%. Entretanto, em certas situações, como o caso apresentado, esta regra pode não ser necessariamente aplicada.

62

AValiação DOS PRONTUÁRIOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO, CÉLIA GARRITANO, ELY FELIPPY SOARES LOROSA, MAYARA SANE FUJIMOTO e WALLACE HOSITALACIO AVELAR MARTINS

Introdução O prontuário médico é um documento único e elaborado a partir de fatos sobre a saúde e a assistência ao paciente. Não é raro encontrarmos incompleto e ilegível. Objetivo Analisar a qualidade dos prontuários de pacientes internados no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Metodologia Foram selecionados de forma randomizada 100 prontuários da Clínica Médica e 100 da Cirúrgica. A análise dos prontuários consiste na ausência ou presença dos tópicos: Ficha de identificação; Laudo Médico; Boletim de internação e alta; Resumo de Internação; Evolução Médica; Evolução da Enfermagem; Prescrição médica; Boletim operatório; Boletim da anestesia; Histopatológico. Para a Clínica Médica foram excluídos os tópicos referentes à cirurgia. Foi observado se os itens citados estão presentes, preenchidos corretamente, legíveis, se há abreviaturas e siglas. Os resultados serão comparados para verificar qual dos serviços produz um prontuário mais completo. A análise dos dados foi realizada por meio de tabelas e gráficos com o "software" Microsoft Office Excel® e a estatística com o programa Instat®. Resultados O formulário de Laudo Médico foi encontrado em 184 da amostra, ausente em 9 da Clínica Cirúrgica e em 7 da Médica. O Boletim de Internação e Alta não foi encontrado em 1 prontuário cirúrgico. A avaliação da Ordenação das Folhas foi observada em 181 prontuários. A História da Internação estava presente em 182 prontuários, sendo 96 na Clínica Médica e em 86 na Cirúrgica. A ficha de Evolução Médica foi encontrada em 184 da amostra. As Fichas de Evolução de Enfermagem e da Prescrição Médica tiveram o mesmo resultado sendo encontradas em 185 prontuários. Os exames complementares foram encontrados em apenas 111 prontuários. Na Clínica Médica eles estavam presentes em 86 e na Cirúrgica em 25. O Histopatológico estava presente em 106 prontuários. O Boletim de Cirurgia foi identificado em 97 prontuários, o de Anestesia em 95 e o de Material de Sala em 95. Do total de prontuários analisados 171 estavam legíveis. Agrupando todas as respostas de cada item sem os exclusivos da cirurgia, a Clínica Médica apresentou um melhor desempenho. A análise estatística pelo teste de ANOVA foi considerada extremamente significativa ($p < 0,0001$). Conclusão: A análise dos itens mostrou uma deficiência na elaboração dos prontuários no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. A Clínica Médica apresentou um melhor resultado do que Cirúrgica na maioria dos itens avaliados.

63
GASTRECTOMIA ATÍPICA POR GIST GÁSTRICO - RELATO DE CASO
JOSÉ DIAS DE CASTRO ARAUJO,
HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE
Resumo: O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é uma neoplasia não muito comum do trato gastrointestinal, que apresenta-se clinicamente, principalmente, com anemia, hemorragia, dor abdominal e massa palpável. Constitui 5% de todos os sarcomas, compreendendo a maioria dos tumores mesenquimais do trato digestivo. Quando possível, a ressecção cirúrgica completa da lesão é o tratamento de escolha. O caso clínico relatado é de uma paciente feminina, 78 anos, apresentando queixas de queda do estado geral, astenia, leve dor abdominal em região epigástrica pós prandial, associada a anemia importante e perda ponderal, com quatro meses de evolução. Ao exame, encontrava-se com estado geral bom, hipocorada (4+/4+), abdome flácido, leve dor em epigastro. A endoscopia digestiva alta evidenciou lesão subepitelial volumosa, com superfície regular e ulceração apical, na grande curvatura, na parede posterior do corpo gástrico. A tomografia computadorizada (TC) de abdome mostrou aparente espessamento da parede da pequena curvatura gástrica. Submetido à laparotomia exploradora, foi evidenciada presença de tumoração cística aderida à grande curvatura do estômago, na parede posterior. Realizou-se gastrectomia atípica, com ressecção em cunha, com bordas livres de tumoração. O laudo histopatológico revelou tumor estromal gástrico. Palavras-chave: tumor estromal gástrico; neoplasias gástricas; cirurgia; gastrectomia.

65
CORRELAÇÃO DA CIRURGIAS DE CONTROLE DE DANOS COM ÍNDICES DE TRAUMA, TEMPO DE TRANSPORTE PRÉ-HOSPITALAR E EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS
BRUNA ARCOVERDE ABBOTT, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, ADONIS NASR, BRUNA ARCOVERDE ABBOTT, ANA LUISA BETTEGA e BRUNO EDUARDO SILVA RIBEIRO
UFPR
INTRODUÇÃO: Os traumas abdominal e torácico são responsáveis por um número expressivo de mortes evitáveis. A cavidade intraperitoneal, juntamente com a cavidade torácica são locais que isoladamente ou em conjunto conseguem comportar praticamente toda a volemia do paciente levando a choque hemorrágico e choque. OBJETIVO: O presente estudo teve como objetivo verificar a influência de lesão de tórax ou transição toracoabdominal (TTA) associada a lesões abdominais em tempo de estadia hospitalar, tempo de intubação orotraqueal (IOT) pós-operatória, tempo de uso de drogas vasoativas (DVA) pós-operatória e mortalidade. MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo observacional baseado em dados de pacientes submetidos a laparotomias exploratórias por trauma em um centro de trauma nível I entre fevereiro 2011 e abril 2017. Foram avaliados dados demográficos, mecanismo de trauma e lesões decorrentes, bem como dados pós-operatórios de estadia hospitalar, morbidade e mortalidade. Os pacientes foram divididos em dois grupos de estudo, conforme apresentassem ou não lesão torácica ou em TTA associada a lesão abdominal. Foi realizada análise descritiva dos dados em medidas de tendência central e dispersão. Em seguida a análise inferencial foi realizada usando-se teste t de Student para variáveis contínuas e teste de qui-quadrado para variáveis discretas. RESULTADOS: Foram incluídos 413 pacientes no estudo. Dentre os quais 365 (88,4%) eram do sexo masculino. A média de idade observada foi de 30,8 anos. As variáveis comparadas em ambos os grupos foram semelhantes e sem significância estatística. Dentre os pacientes estudados, 190 (46,0%) apresentaram lesão associada em tórax ou TTA. No grupo de pacientes com lesão em tórax ou TTA associada foi observada mortalidade intraoperatória significativamente maior ($p < 0.000$). Não houve, no entanto, diferença significativamente estatística quanto ao número de dias em IOT ($p = 0.502$), DVA ($p = 0.887$) e estadia hospitalar ($p = 0.319$). CONCLUSÕES: Pacientes que apresentam lesão em tórax ou TTA associada a lesão abdominal quando comparados àqueles com lesão abdominal isolada apresentaram maior mortalidade cirúrgica. Não houve, no entanto, diferença em relação a número de dias de estadia hospitalar bem como dias em IOT ou DVA.

64
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA NO PARANÁ
BRUNA ARCOVERDE ABBOTT, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, ADONIS NASR, ANA LUISA BETTEGA, BRUNO EDUARDO SILVA RIBEIRO e BEATRIZ GUBERT DEUD
UFPR
INTRODUÇÃO: O traumatismo abdominal é responsável por um número expressivo de mortes evitáveis. A cavidade intraperitoneal, juntamente com a cavidade torácica e o espaço retroperitoneal são os locais do organismo que comportam sangramentos capazes de levar à morte por choque hemorrágico. OBJETIVO: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma submetidos a laparotomias exploradoras no Hospital do Trabalhador - UFPR, Curitiba-PR. MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional descritivo. Foram incluídos 413 pacientes submetidos a laparotomias exploratórias por trauma no período de fevereiro de 2011 a dezembro de 2016. Foram analisados dados do atendimento pré-hospitalar, hospitalar e da cirurgia, coletados diretamente dos prontuários eletrônicos e físicos. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. RESULTADOS: Dos 413 pacientes, eram do sexo masculino 365 (88,4%) e 48 (11,6%) do sexo feminino. Ocorreram na cidade de Curitiba 277 (67%) dos traumas e 136 (10,1%) na região metropolitana. A via pública foi a origem dos casos em 186 (45%) das vezes e 32 (7,7%) casos foram encaminhados de Unidade Básica de Saúde e Unidade de Pronto Atendimento. Foram atendidos pelo serviço pré-hospitalar 80% e 5% por procura direta. Do total, 212 (51,3%) apresentaram ferimento por arma de fogo e 96 (23,2%) por ferimento de arma branca. Foram vítimas de acidentes automobilísticos 62 (15%) dos pacientes, correspondendo as colisões auto x auto a 16 (3,9%) e moto x auto a 17 (4,1%) deles. No atendimento pré-hospitalar, 138 (33,4%) apresentaram pele normal e 120 (29%) apresentaram palidez. O pulso estava regular em 164 (39,7%), fino em 58 (14%) e irregular em 7 (2,1%). As pupilas estavam isocóricas em 204 (49,4%) dos pacientes e anisocóricas em 5 (1,2%) deles. Quanto a respiração, 174 (42,1%) estavam eupneicos, 85 (20,5%) taquipneicos e 8 (1,9%) bradipneicos. Taquicardia acometeu 197 (47,5%) dos atendidos, enquanto bradicardia acometeu 13 (3,1%). Dos procedimentos realizados, a tábua rígida foi colocada em 225 (54,4%) dos pacientes, collar cervical em 155 (37,5%), máscara facial em 63 (15,2%), intubação orotraqueal em 43 (10,4%), ventilação comambu em 35 (8,5%) e punção venosa em 50 (12,1%). CONCLUSÕES: O perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a laparotomia revela uma prevalência de pacientes do sexo masculino, vítimas de trauma penetrante e trazidos ao hospital pelo serviço de atendimento pré-hospitalar especializado.

66
INFLUÊNCIA DOS ÍNDICES DE TRAUMA NO TEMPO CIRÚRGICO DAS LAPAROTOMIAS
BRUNA ARCOVERDE ABBOTT, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, ADONIS NASR, ANA LUISA BETTEGA e BRUNO EDUARDO SILVA RIBEIRO
UFPR
INTRODUÇÃO: Os índices de trauma são sistemas de pontuação criados para avaliar as alterações fisiológicas, a gravidade das lesões anatômicas e a probabilidade de sobrevida dos pacientes politraumatizados. Estudos são necessários para avaliar a utilidade desses índices no tratamento dos pacientes politraumatizados. OBJETIVO: Correlacionar o tempo cirúrgico médio com escores de gravidade em laparotomias exploradoras por trauma. MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional analítico. Foram incluídos na amostra 260 pacientes que tinham algum tipo de trauma abdominal submetidos a laparotomias exploratórias no período de janeiro de 2015 e dezembro de 2017. Os dados foram coletados por meio de prontuários eletrônicos e físicos, com base em uma lista de verificação de variáveis (pré-hospitalares e hospitalares), bem como aos valores associados à cirurgia. A análise estatística foi realizada pelo teste "t" de Student para variáveis contínuas. RESULTADOS: Dos 260 pacientes estudados, 231 eram do sexo masculino (88,84%) e 29 do sexo feminino (11,16%). A média de idade dos pacientes foi de 30 anos. A média do escore RTS foi de 7,207, sendo que a média do escore de trauma TRISS entre os pacientes foi de 88,22%. O tempo médio de cirurgia foi de 104 minutos. A duração foi menor ou igual à 90 minutos em 145 cirurgias (55,77%) e maior que 90 minutos em 115 (44,23%) cirurgias. Pacientes que tiveram tempo de duração cirúrgica menor ou igual à 90 minutos apresentavam a média do escore RTS de 7,024 e os que tiveram tempo maior que 90 minutos apresentavam média do RTS de 7,224 ($P = 0.471$). Pacientes que tiveram tempo de duração cirúrgica menor ou igual à 90 minutos apresentavam a média do escore TRISS de 87,63% e os que tiveram tempo maior que 90 minutos apresentavam a média do escore TRISS de 90,66% ($P = 0.487$). CONCLUSÕES: Não houve diferença estatisticamente significativa entre tempo cirúrgico escores RTS e TRISS. Possivelmente pacientes mais graves tiveram indicação de Cirurgia de Controle de Danos para abreviação do tempo cirúrgico.

67

GRAU DA LESÃO HEPÁTICA NO PROGNÓSTICO DOS PACIENTES LAPAROTOMIZADOS NO TRAUMA

MARCELO TSUYOSHI, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, ADONIS NASR, BRENO LOPES PORTO, JEAN RAITZ NOVAIS e LUIS FERNANDO SPAGNUOLO

FPP

INTRODUÇÃO: O fígado é o órgão mais afetado por traumatismos torácicos penetrantes, e o segundo órgão mais afetado por traumatismos abdominais fechados. Estudos são necessários para avaliação do impacto do trauma hepático no prognóstico dos pacientes.

OBJETIVO: Verificar relação entre grau de lesões hepáticas com as complicações pós-operatórias, transfusões intraoperatórias, óbito e o uso de drogas vasoativas durante permanência em UTI de pacientes submetidos à laparotomia exploradora no trauma

MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional descritivo. Foram incluídos 427 pacientes que tiveram algum tipo de trauma abdominal, submetidos a laparotomias exploratórias no período de janeiro de 2011 e dezembro de 2016. O banco de dados foi criado através da coleta das fichas de campo considerando uma lista de verificação de variáveis relacionadas aos traumatismos, pré-hospitalares e hospitalares, bem como dados associados à cirurgia. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. As variáveis discretas foram analisadas com o teste do qui-quadrado. Para análise estatística, as lesões hepáticas foram classificadas como: 1. Sem lesão hepática; 2. Lesão hepática leve (Graus I e II); 3. Lesão hepática grave (Graus III, IV, V e VI).

RESULTADOS: Do total de 427 pacientes, foram selecionados 151 para serem incluídos no estudo, vítimas de lesões hepáticas. Em relação às lesões hepáticas, não foi observado significância estatística entre o grau de lesão hepática com complicações pós operatórias ($p=0,843$), com necessidade de uso de DVA ($p=3,481$), com necessidade de transfusão intra-operatória ($p=0,611$) ou com óbitos ($p=0,228$)

CONCLUSÕES: O grau das lesões hepáticas não tem relação com uma maior necessidade do uso de drogas vasoativas em UTI, com transfusões intraoperatórias, complicações pós operatórias ou óbitos.

68

TRAUMA TORÁCICO COMO FATOR COMPLICADOR NO TRAUMA ABDOMINAL

MARCELO TSUYOSHI, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, ADONIS NASR, BRENO LOPES PORTO, JEAN RAITZ NOVAIS e LUIS FERNANDO SPAGNUOLO

FPP

INTRODUÇÃO: Os traumas abdominal e torácico são responsáveis por um número expressivo de mortes evitáveis. A cavidade intraperitoneal, juntamente com a cavidade torácica são locais que isoladamente ou em conjunto conseguem comportar praticamente toda a volemia do paciente levando a choque hemorrágico e choque.

OBJETIVO: Avaliar a influência da lesão torácica associada ao trauma abdominal nos escores de trauma e mortalidade. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo observacional descritivo. Foram incluídos 413 pacientes consecutivos submetidos a laparotomias exploratórias no período de janeiro de 2015 e dezembro de 2017 em um hospital referência de trauma. O banco de dados foi criado através da coleta de dados por meio de uma lista de verificação de variáveis (pré-hospitalares e hospitalares) relacionadas aos traumatismos, bem como aos valores associados à cirurgia. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. As variáveis contínuas foram analisadas com o teste t de Student e variáveis discretas com o teste do qui-quadrado

RESULTADOS: Foram incluídas no estudo 413 laparotomias por trauma no período entre 2015 e 2017. Dentre elas, 365 (88,3%) em pacientes do sexo masculino e 48 (11,6%) do sexo feminino. A média de idade entre os pacientes foi de 30,7 anos. Além da lesão abdominal presente em todos os pacientes, 160 (38,7%) deles apresentavam também lesão torácica. Dentre eles, 89 (55,6%) apresentavam hemotórax, 77 (48,1%) pneumotórax, 62 (38,7%) lesão em transição tóraco-abdominal, oito (5%) fratura de costela, oito (5%) contusão de tórax, sete (4,3%) hematoma em tórax, quatro (2,5%) laceração em tórax. A média do escore de trauma TRISS entre os pacientes que não tiveram lesão torácica associada à lesão abdominal foi de 96,2% e entre os pacientes que tiveram lesão torácica associada foi de 84,2% ($p=0,000053$). Óbito ocorreu em 30 (12,1%) dos pacientes com lesão abdominal sem lesão torácica associada e ocorreu em 34 (21,6%) pacientes que apresentavam trauma torácico associado ao trauma abdominal ($p=0,022659$)

CONCLUSÕES: Apesar das principais lesões torácicas serem de baixa morbimortalidade, os pacientes submetidos à laparotomia com lesão torácica associada à lesão abdominal apresentavam o índice TRISS de menor probabilidade de sobrevida.

69

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A REOPERAÇÃO NÃO PROGRAMADA PÓS-LAPAROTOMIA

MARCELO TSUYOSHI, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, ADONIS NASR, BRENO LOPES PORTO, JEAN RAITZ NOVAIS e LUIS FERNANDO SPAGNUOLO

FPP

INTRODUÇÃO: O traumatismo abdominal é responsável por um número expressivo de mortes evitáveis. A cavidade intraperitoneal, juntamente com a cavidade torácica, o espaço retroperitoneal e as fraturas de ossos longos, são os locais do organismo que comportam sangramentos capazes de levar à morte por choque hemorrágico

OBJETIVO: Avaliar o perfil epidemiológico de reoperações não programadas e complicações de laparotomias exploradoras no trauma no Hospital do Trabalhador - UFPR, Curitiba (Paraná).

Métodos: Estudo retrospectivo observacional descritivo. Foram incluídos 413 pacientes consecutivos submetidos a laparotomias exploradoras por trauma no período de fevereiro de 2011 a dezembro de 2016. Foram analisados dados coletados diretamente dos prontuários eletrônicos e físicos dos pacientes. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. As variáveis contínuas foram analisadas com o teste t de Student e variáveis discretas com o teste do qui-quadrado.

RESULTADOS: Do total de 413 pacientes analisados, foram encaminhados para UTI após a laparotomia exploratória 241 (58,3) e permaneceram em média, 9,5 dias em cuidados intensivos. Houve necessidade do uso de drogas vasoativas no pós-operatório em 193 (46,7%), sendo o tempo médio de uso 4,61 dias. Necessitaram de hemotransfusão 100 (24,2%) e de intubação orotraqueal 191 (46,2%) após a cirurgia. Evoluíram com complicações pós-operatórias 132 (31,9%) pacientes, sendo as mais frequentes óbito 40 (9,7%), febre 38 (9,2%), sepse 23 (5,6%) e choque hipovolêmico 14 (3,4%). O número de reoperações foi de 126 (30,5%) pacientes, com 7% necessitando de mais do que três reabordagens. Em relação aos dados vitais, 13 (8%) apresentavam PA sistólica abaixo de 89mmHg, 121 (29,3%) estavam taquicárdicos e 11 (2,7%) possuíam SpO2 com valores menores de 91%.

CONCLUSÕES: Pacientes vítimas de trauma abdominal submetidos a laparotomias necessitaram de internação prolongada em cuidados intensivos e apresentaram índice de complicações pós-operatórias significativas com gravidade variável.

70

INFLUÊNCIA DOS ÍNDICES DE TRAUMA NAS VARIÁVEIS CLÍNICAS EM PACIENTES SUBMETIDOS A LAPAROTOMIA EXPLORADORA

KENNYA HENRIQUETA DE CARVALHO, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, ADONIS NASR, CAMILA ROGINSKI GUETTER, MARCIO LUCIANO CANEVARI FILHO e THAMYLE MODA DE SANTANA REZENDE

PUC

INTRODUÇÃO: Os índices de trauma são sistemas de pontuação criados para avaliar as alterações fisiológicas, a gravidade das lesões anatômicas e a probabilidade de sobrevida dos pacientes politraumatizados. Estudos são necessários para avaliar a utilidade desses índices no tratamento dos pacientes politraumatizados.

OBJETIVO: Verificar relação entre escores de trauma com complicações pós-operatórias, transfusões intraoperatórias, óbito intraoperatório e uso de drogas vasoativas durante permanência em UTI de pacientes submetidos à laparotomia exploradora no trauma.

MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional descritivo. Foram incluídos aleatoriamente 401 pacientes submetidos a laparotomias exploratórias no período de janeiro de 2015 e dezembro de 2017. O banco de dados foi criado através da coleta de dados por meio de uma lista de verificação de variáveis (pré-hospitalares e hospitalares) relacionadas aos traumatismos, bem como aos valores associados à cirurgia. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. As variáveis contínuas foram analisadas com o teste t de Student e variáveis discretas com o teste do qui-quadrado, foi utilizado como diferença significativa $p<0,05$ e intervalo de confiança 95%.

RESULTADOS: Foi observado relação estatisticamente significativa ($p<0,0001$) entre valor do TRISS e presença e ausência de complicações pós-operatórias com diferença do TRISS de 12,5% (7,6%-17,4%); transfusões intraoperatórias com diferença de 10,05%(5,6%-14,5%) ; óbitos intraoperatórios com diferença de 32,74% (38,7%-26,8%) e necessidade do uso de drogas vasoativas na UTI com diferença de 11,01% (6,9%-15,1%).

CONCLUSÕES: Valores menores de TRISS estão relacionados a maior morbimortalidade de pacientes vítimas de trauma submetidos à laparotomia exploradora, representando pacientes mais graves submetidos a tratamento.

71

O IMPACTO DA LESÃO TORÁCICA ASSOCIADA A LESÃO ABDOMINAL NA MORBI-MORTALIDADE: ESTUDO OBSERVACIONAL EM UM CENTRO DE TRAUMA NO PARANÁ

KENNYA HENRIQUETA DE CARVALHO, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, ADONIS NASR, CAMILA ROGINSKI GUETTER, THAMYLE MODA DE SANTANA REZENDE e MARCIO LUCIANO CANEVARI FILHO

PUC

INTRODUÇÃO: Os traumas abdominal e torácico são responsáveis por um número expressivo de mortes evitáveis. A cavidade intraperitoneal, juntamente com a cavidade torácica são locais que isoladamente ou em conjunto conseguem comportar praticamente toda a volemia do paciente levando a choque hemorrágico e choque.

OBJETIVO: O presente estudo teve como objetivo verificar a influência de lesão de tórax ou transição toracoabdominal (TTA) associada a lesões abdominais em tempo de estadia hospitalar, tempo de intubação orotraqueal (IOT) pós-operatória, tempo de uso de drogas vasoativas (DVA) pós-operatória e mortalidade.

MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo observacional baseado em dados de pacientes submetidos a laparotomias exploratórias por trauma em um centro de trauma nível I entre fevereiro 2011 e abril 2017. Foram avaliados dados demográficos, mecanismo de trauma e lesões decorrentes, bem como dados pós-operatórios de estadia hospitalar, morbidade e mortalidade. Os pacientes foram divididos em dois grupos de estudo, conforme apresentassem ou não lesão torácica ou em TTA associada a lesão abdominal. Foi realizada análise descritiva dos dados em medidas de tendência central e dispersão. Em seguida a análise inferencial foi realizada usando-se teste t de Student para variáveis contínuas e teste de qui-quadrado para variáveis discretas.

RESULTADOS: Foram incluídos 413 pacientes no estudo. Dentre os quais 365 (88,4%) eram do sexo masculino. A média de idade observada foi de 30,8 anos. As variáveis comparadas em ambos os grupos foram semelhantes e sem significância estatística. Dentre os pacientes estudados, 190 (46,0%) apresentaram lesão associada em tórax ou TTA. No grupo de pacientes com lesão em tórax ou TTA associada foi observada mortalidade intraoperatória significativamente maior ($p < 0.000$). Não houve, no entanto, diferença significativamente estatística quanto ao número de dias em IOT ($p = 0.502$), DVA ($p = 0.887$) e estadia hospitalar ($p = 0.319$).

CONCLUSÕES: Pacientes que apresentam lesão em tórax ou TTA associada a lesão abdominal quando comparados àqueles com lesão abdominal isolada apresentaram maior mortalidade cirúrgica. Não houve, no entanto, diferença em relação a número de dias de estadia hospitalar bem como dias em IOT ou DVA.

72

TEMPO DE INTERNAMENTO EM UTI COMO PREDITOR DE PIOR PROGNÓSTICO EM LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS NO TRAUMA

KENNYA HENRIQUETA DE CARVALHO, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, ADONIS NASR, CAMILA ROGINSKI GUETTER, MARCIO LUCIANO CANEVARI FILHO e THAMYLE MODA DE SANTANA REZENDE

PUC

INTRODUÇÃO: O trauma abdominal é frequentemente encontrado em situações de emergência e em pacientes de UTI's em grandes centros de trauma. No entanto, ainda são necessários recursos para mostrar quais são os preditores de pior prognóstico desses pacientes.

OBJETIVO: Comparar a evolução relacionada às complicações pós-operatórias entre dois grupos: Pacientes que permaneceram mais do que 3 dias em UTI versus pacientes que não necessitaram de UTI ou permaneceram menos do que 3 dias. Sendo ambos grupos formados por pacientes críticos submetidos a laparotomia exploradora, que não realizaram hemotransfusão, não necessitaram de reoperação. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo observacional. Foram incluídos 404 pacientes submetidos a laparotomias exploratórias no período de janeiro de 2015 e dezembro de 2017. O banco de dados foi criado através da coleta de dados por meio de uma lista de verificação de variáveis (pré-hospitalares e hospitalares) relacionadas aos traumatismos, bem como aos valores associados à cirurgia. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. Foi utilizado o teste exato de Fisher para comparação entre os grupos.

RESULTADOS: A análise foi iniciada com 404 pacientes avaliados. Entre esses, 200 (49,3%) não necessitaram de Unidade de Terapia Intensiva(UTI), enquanto 205 necessitaram. O tempo médio de internamento na UTI foi de 6 dias. Da amostra inicial, 126 (31,1%) dos pacientes necessitaram de reoperação, 81 (20%) pacientes necessitaram de hemotransfusão pós-operatória, 64 (6,3%) dos pacientes foram a óbito e 1 paciente evadiu do hospital, sendo todos excluídos da análise; totalizando um n de 209 pacientes incluídos. Desse total, 135(64,5%) pacientes não necessitaram de UTI e 46(22%) permaneceram menos do que 3 dias em UTI; enquanto 20(9,5%) necessitaram de UTI por mais de 3 dias. Foi analisada a ocorrência de complicações como Febre, Pneumonia, Seps, insuficiência renal. O primeiro grupo apresentou 5 ocorrências(2,6%), enquanto o segundo grupo, 16 ocorrências (80%); demonstrando uma maior ocorrência de complicações no grupo que permaneceu por mais de 3 dias em UTI. (Teste exato de fisher com valor < 0.00001 . O resultado é significativo com $p < .05$)

CONCLUSÕES: É possível concluir que a maior ocorrência de complicações pós-operatórias em pacientes críticos submetidos a laparotomia exploradora está relacionada com a permanência maior do que 3 dias em Unidades de Terapia intensiva.

73

FÍSTULA COLECISTODUODENAL E ÍLEO BILIAR: APRESENTAÇÃO DE UM CASO.

CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO, CÉLIA GARRITANO, ALINE MACHADO TEIXEIRA AUAD, PETER FRANÇA LINS DE CARVALHO, THAÍS DE SOUSA GONÇALVES e HIRON MARCOS BARRETO RODRIGUES

INTRODUÇÃO: O íleo biliar é uma complicação grave da colelitíase, decorrente de fistulização da vesícula biliar para o duodeno subjacente. Geralmente os cálculos são volumosos o suficiente para causar obstrução intestinal. O sítio mais comum de impaction é o íleo distal a poucos centímetros da válvula ileocecal devido ao seu menor diâmetro. Esta condição é responsável por 4% de todos os casos de obstrução intestinal mecânica. No entanto, quando a amostra estudada é composta por pessoas maiores de 65 anos, a frequência passa para 25%. Trata-se de uma emergência cirúrgica que, apesar de rara, tem altas taxas de morbimortalidade. **RELATO DE CASO:** Paciente de 76 anos, sexo feminino, queixando-se de dor abdominal difusa, em cólica, associada a vômitos pós-prandiais há um mês e parada de eliminação de fezes há quatro dias. Mostrava-se, ao exame físico, prostrada, hipocorada, desidratada, taquicárdica, hipotensa. O abdome encontrava-se distendido, com peristalse débil, hipertimpanismo e dor difusa à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou orifício fistuloso na segunda porção de duodeno, drenando secreção purulenta. A tomografia computadorizada identificou aerobilia em vias intra e extra hepáticas, trajeto fistuloso entre a vesícula biliar e a primeira porção duodenal e importante distensão de alças duodenais e jejunais. Em flanco esquerdo havia imagem sugestiva de cálculo biliar. A rotina de abdome agudo evidenciou a clássica tríade de Rigler, composta pela distensão de alças de delgado com sinal de empilhamento de moedas, aerobilia e imagem sugestiva de cálculo biliar ectópico. A paciente foi submetida à laparotomia exploradora, que evidenciou cálculo biliar de cerca de 3 cm impactado em jejuno, logo após o ângulo de Treitz, com distensão de alças à montante, sem sinais de sofrimento de alças. Foi realizada enterotomia, retirada do cálculo e enterorrafia, sem manipulação da vesícula. **CONCLUSÃO:** O íleo biliar, apesar de pouco comum tem elevadas taxas de morbi-mortalidade, uma vez que acomete, em sua maioria, pacientes idosos com múltiplas comorbidades e pode ter diagnóstico tardio. Portanto, deve-se considerar colelístectomia eletiva em qualquer paciente com colelitíase sintomática e baixo risco cirúrgico. Além disso, deve-se considerar esta condição como hipótese diagnóstica, quando frente a um quadro de obstrução intestinal em paciente idoso com história prévia de colelitíase sem colelístectomia.

74

EPIDEMIOLOGIA DO ATENDIMENTO A VÍTIMA DE LESÃO POR ARMA DE FOGO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO RJ

RITA ANIELI DE PAULA ROCHA, MARIANA VIEIRA GARCIA DE CARVALHO e PRISCILLA GARCIA DE ANDRADE

HGNI

As lesões por Projétil de Armas de Fogo(PAF) são responsáveis pelos altos níveis obito no Brasil. Esse trabalho visa traçar o perfil epidêmico do primeiro atendimento das vítimas de (PAF), evolução do paciente no serviço de emergência da Baixada Fluminense, mostrando horário, dia em que se deu entrada no serviço de emergência e dados como: sexo, idade, locais atingidos pelos disparos e número de perfurações. A coleta dos dados foi realizada a partir do Sistema integrado de gestão a saúde para determinar e embasar os percentuais específicos de cada lesão. A mostra incluiu os atendimentos realizados de junho a dezembro de 2017. Foram realizados 324 atendimentos. Dentre esses 90,7% homens e 9,2% mulheres. Com relação à idade foram observadas 0,6 % na faixa etária de 1 a 14 anos, 60% de 15 a 29 anos, 29,2% de 30 a 49 anos, 9% maiores de 50 anos. Sem informação 1,2%. Com relação ao número de perfurações, 59,2% tiveram 1 perfuração, 39% tiveram 2 ou mais perfurações, 12,7% mais que 4 perfurações. Sem informação 1,8%. Os locais mais acometidos foram membros com 43% perfurações, seguido de tórax com 15%, Abdômen com 10%,dorso com 7%, Crânio, glúteo e toracoabdominal todos com 5%. Outros locais registram 5% perfurações. Sem informação 1% atendimentos. Da forma de entrada no serviço, 51,2% usaram meios próprios, 25,3% trazidos pela polícia, 14,5% usaram o bombeiro e 29% usaram o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência . Foram registrados 56% dos casos de PAF nos finais de semanas já durante a semana foram registradas 44%. O principal período de acometimentos foi o noturno com 45,6% das vítimas, seguido da madrugada com 24,6% das vítimas, vespertino com 18,8% das vítimas e o matutino com 11% das vítimas. Na evolução dos pacientes 45,4% tiveram alta depois do primeiro atendimento, 33% foram internados, 20,4% foram a óbito, 5% tiveram altas a revelia e 1,2% foram transferidos. Dessarte, o trabalho permite constatar que homens jovens são as principais vítimas de agressão por arma de fogo, que ocorre em maior grau no período noturno e finais de semanas. Ademais, a abordagem descritiva e quantitativa apresentou informações para caracterização dos meios em que a vítima usou para chegar ao atendimento, o número de perfurações, os locais atingidos e a evolução do quadro dos pacientes. Assim sendo, retrata um dos problemas de saúde enfrentados nos grandes centros urbanos e homicídios por armas de fogo como a quinta principal causa morte no Brasil

75

CIRURGIAS ESOFÁGICAS: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA

DANILO BUSSYGUIN SAAVEDRA, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, VINÍCIUS BASSO PRETI, EWERSON CAVALCANTI SILVA, GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI, DEISY BRIGID DE ZORZI DALKE e MARIA JULIA MACEDO BONATTO

UFPR

Introdução: O câncer de esôfago é considerado a terceira neoplasia mais comum do trato gastrointestinal. As opções para tratamento inclui ressecção cirúrgica, radioterapia e quimioterapia.

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 SISRH 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. Dos pacientes, 70% eram do sexo masculino, e 91% eram caucasianos. Somente 12,3% dos pacientes não apresentavam disfagia pré-operatória. Quanto aos fatores de risco, 83,8% apresentaram histórico de tabagismo, 51,7% de etilismo e 34,7% apresentaram histórico de câncer na família, sendo 38% digestivos. Apenas 12,7% apresentaram histórico de Esôfago de Barret, sem nenhum caso de cirurgia anti-refluxo prévia. Em relação às comorbidades, 11% apresentavam histórico progressivo de câncer, sendo 36,3% de cabeça e pescoço. Além disso, 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 escamocelular (79%). Sobre a localização do tumor, 67% apresentavam tumores distais. Quanto a quimioterapia 24% realizaram tratamento pré-operatório, e 16% adjuvante. A ressecção foi R0 em 82% e R1 em 12%. As complicações intra-operatórias representaram 4% dos procedimentos, sem sangramentos. Em 100% foi realizada jejunostomia para via alimentar pós-operatória. Em relação a complicação pós-operatória 50% apresentaram graus 2 e 3 de Clavien-Dindo e 60% necessitaram reoperação. Em 81% foi necessária drenagem torácica. Sobre o prognóstico, 59% atingiram remissão em 6 meses, 29% apresentaram progressão da doença e a taxa de sobrevida em 5 anos foi de 51%.

Conclusão: Cirurgias esofágicas apresentam alto índice de morbidade pós-operatória devido a necessidade de abordagem de múltiplos compartimentos. A maioria apresentou sintomas digestivos ao diagnóstico, e forte associação com tabagismo.

76

PROSTATECTOMIA RADICAL: RESULTADOS DE 5 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA

DANILO BUSSYGUIN SAAVEDRA, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, JONATAS LUIS PEREIRA, RONALD KOOL, NICKSON DELLA GIUSTINA, THATIANE LITENSKI e VITORIA DIANA MATEUS DE ALMEIDA GONÇALVES

UFPR

Introdução: A prostatectomia radical reduz a mortalidade dos pacientes com câncer de próstata localizado. Quando bem indicada a prostatectomia permite alta sobrevida global.

Objetivo: Apresentar dados coletados referentes aos pacientes submetidos a prostatectomia entre 2010 e 2015. Estudar as características epidemiológicas tentando definir os fatores de risco para a doença e para o resultado do tratamento.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo transversal, com coleta retrospectiva de dados. Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e avaliados através dos programas SPSS 17.0 e GRAPHPAD PRISM. Considerou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Resultados: foram analisados 429 prontuários de pacientes submetidos à prostatectomia. O subtipo histológico adenocarcinoma foi encontrado em 100% dos casos. O escore de Gleason mais comum encontrado na anatomia patológica foi 6 (3 + 3) em 33,25% e 7 (3 + 4) em 30,66%. Em relação ao estadiamento clínico, os mais comuns foram IIB com 41,9% e III com 30,7%. Em relação às complicações no pós-operatório imediato, a mais prevalente foi a infecção do trato urinário presente em 16,31% dos pacientes. Entre as complicações não infecciosas mais comuns estão as perdas urinárias (59,44%) e a disfunção erétil (34,7%). Não houve mortes cirúrgicas. A taxa de recorrência do tumor local foi de 3% e a taxa de recorrência bioquímica do tumor foi de 19,8%.

Conclusão: O perfil epidemiológico dos pacientes e a prevalência de complicações são consistentes com a literatura. O escore de Gleason é um preditor prognóstico válido. A prostatectomia permite alta sobrevida global apesar de complicações cirúrgicas baixas.

77

CIRURGIAS PANCREÁTICAS: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA

KELRE WANNLEN, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, CARLA SIMONE SILVA, SILVIO IVO TESTA, KATRIN MÖBIUS GEBRAN, CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO e LETICIA CARLOTA BONATTO

HEG

Introdução: O câncer de pâncreas é um dos tumores mais agressivos do trato digestivo. Admite-se que o único tratamento curativo seja o cirúrgico. Ainda assim, poucos pacientes submetidos à pancreatectomia sobrevivem mais que cinco anos. **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: Estudo descritivo transversal, com coleta retrospectiva de dados. Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e avaliados através dos programas SPSS 17.0 e GRAPHPAD PRISM. Considerou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Foram realizadas 98 cirurgias pancreáticas, sendo 43 cirurgias de Whipple, 10 pancreatectomias corpo-caudais, e 43 derivações bilio-digestivas. Dos pacientes, 50% eram do sexo masculino, 55% apresentaram histórico de tabagismo e 25,6% de etilismo. Somente 1 paciente apresentava história familiar de neoplasia peri-ampular. Quanto a exames complementares, 93,8% dos pacientes não realizaram CPRE antes da cirurgia e 8,6% dos pacientes realizaram laparoscopia estadiadora pré-operatória. No momento do diagnóstico 13,2% dos pacientes já apresentavam metástases. Em relação a localização do tumor 56% eram 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%). Quanto a quimioterapia 2 pacientes receberam terapia neoadjuvante e 24,2% realizaram 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. Além disso, 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. Os pacientes do estudo apresentaram um mal prognóstico: 20% dos pacientes atingiram remissão em 6 meses, 19,5% apresentaram progressão da doença e 74,6% dos pacientes foram a óbito em menos de 5 anos.

Conclusão: Pancreatetectomias apresentam dificuldade técnica e anômica considerável, além de serem indicadas para neoplasia de alta agressividade. Os desfechos cirúrgicos apresentam altos índices de complicações e conforme discutido na literatura os tumores de pâncreas apresentam um prognóstico ruim.

78

RETOSSIGMOIDECTOMIA PARA TRATAMENTO DE CâNCER COLORRETAL: RESULTADOS DE 5 ANOS EM CENTRO ONCOLÓGICO DE ENSINO.

KELRE WANNLEN, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, CRISTIANO ONTIVEIRO PEREIRA, GABRIELLA EDUARDA JACOMEL, LETICIA CARLOTA BONATTO, VITORIA DIANA MATEUS DE ALMEIDA GONÇALVES e REGINA MARIA GOOLKATE

HEG

Introdução: O câncer colorretal é um importante problema de saúde mundialmente. É a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil, sendo a quinta causa de morte por câncer em homens e a quarta em mulheres no país. **Objetivo:** Apresentar os dados coletados referentes aos pacientes submetidos a retossigmoidectomia entre 2010 e 2015. O trabalho também objetiva compreender as características epidemiológicas definindo fatores de risco para a doença, assim como taxas de complicações e prognóstico.

Métodos: Estudo descritivo transversal, com coleta retrospectiva de dados. Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e avaliados através dos programas SPSS 17.0 e GRAPHPAD PRISM. Considerou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Foram realizadas 408 retossigmoidectomias, sendo que 40,7% dos pacientes eram tabagistas. Sobre o histórico familiar, 12,5% possuíam familiares de primeiro grau diagnosticados com câncer de cólon. Desses pacientes, 17,4% dos familiares possuíam Síndrome de Lynch. Do total de pacientes 11,1% já realizaram polipectomia prévia e 16,4% possuíam histórico de neoplasia. O subtipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma em 92,67%. Do total de pacientes 57,4% dos pacientes eram estadiados como T3 e 20,8% como T2. Além disso 60,8% dos pacientes não possuíam acometimento de linfonodo, 25,2 eram N1 e 16,7% possuíam doença com metástase à distância. A via cirúrgica foi laparoscópica em 15,9% dos pacientes e o tempo médio de cirurgia foi de 293,5 minutos. A ressecção foi considerada R0 em 95,6% dos casos. Durante a cirurgia houve uma taxa de 10,5% de contaminação da cavidade, 14,2% precisaram de ressecção de outros órgãos e 27,2% necessitaram de realização de colostomia ou ileostomia. O sangramento intra-operatório apresentou-se como complicação em 19,6% dos pacientes e 7,4% de todos os doentes necessitaram transfusão intra-operatória. Houve 6,1% de taxa de óbito intra-operatório. Além disso 27,5% dos pacientes precisaram realizar reoperação. Quanto ao prognóstico 48% dos pacientes obtiveram remissão da doença 11,8% tiveram recidiva local e 13% à distância. A taxa de óbito em 5 anos foi de 31,9%.

Conclusões: Os pacientes tratados nesse serviço apresentam-se no momento do diagnóstico com tumores avançados, com relativa agressividade. 95,6% dos tumores foram ressecados com margens livres. No entanto os tumores colorretais ainda possuem prognóstico reservado devido as taxas de recidiva e de mortalidade.

79

COLECTOMIAS PARA TRATAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL: RESULTADOS DE 5 ANOS EM CENTRO REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA

BEATRIZ MARTINS SILVEIRA CARROCIN, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, ALESSANDRA MÔBIUS GEBRAN, LAILA PEREIRA SCHNEIDER, MARIA JULIA MACEDO BONATTO, REGINA MARIA GOOLKATE e THAMYLE MODA DE SANTANA REZENDE

HEG

Introdução: O câncer colorretal é um importante problema de saúde mundialmente. É a quarta neoplasia maligna mais incidente no Brasil, sendo a quinta causa de morte por câncer em homens e a quarta em mulheres no país. **Objetivo:** Apresentar os dados coletados referentes aos pacientes submetidos a colectomias entre 2010 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: Estudo descritivo transversal, com coleta retrospectiva de dados. Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e avaliados através dos programas SPSS 17.0 e GRAPHPAD PRISM. Considerou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Foram realizadas 189 colectomias, sendo 43,4% de mulheres. 36,5% dos pacientes apresentaram histórico de tabagismo e somente 10,6% dos pacientes apresentaram histórico familiar de câncer colorretal. 5% apresentavam histórico de polipectomia prévia e 12,3% apresentavam histórico prévio de câncer, sendo o mais prevalente de ovário. 18,3% dos pacientes apresentavam alguma alteração no exame de toque retal. 60,5% apresentavam-se com lesões estenosantes. O subtipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma em 85,7%. Em 48% dos casos o tumor localizava-se no cólon esquerdo/sigmóide. Em 74% dos casos a lesão inicial era representada por T3 ou T4. Em 36% havia comprometimento linfonodal, e em 29% metástases intra-abdominais à distância. Assim, 40,8% dos pacientes apresentavam-se em estágio II. A via cirúrgica foi laparoscópica em 6,3% dos casos. A ressecção foi considerada R0 em 94,7% dos casos. Em 3,2% dos casos houve sangramento intra-operatório, porém sem necessidade transfusional. Em 36% dos casos ocorreram complicações pós-operatórias graus 2, 3 e 4 de Clavien-Dindo. Em 25,4% dos casos foi realizado algum tipo de estoma, na maior parte dos casos temporário. Foi realizada quimioterapia pós-operatória em 48,7% dos pacientes, sendo a maior parte (40,2%) com intuito curativo adjuvante. Os esquemas mais frequentes foram 5-FU + LV e FOLFOX. Houve recidiva local em 8,5% dos casos e à distância em 11,1%. No momento da coleta de dados (seguimento mínimo de 12 meses), 30,2% dos pacientes haviam ido a óbito.

Conclusões: O perfil de pacientes tratados com câncer colorretal na instituição representa pacientes com tumores avançados, com relativa agressividade, apesar de altas taxas de ressecção completa, com recidivas neoplásicas.

80

HEPATECTOMIA EM METÁSTASES DE CARCINOMA COLORRETAL: ESTUDO DAS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS E PROGNÓSTICO

BEATRIZ MARTINS SILVEIRA CARROCIN, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, LUIZ ARNALDO SZUTAN, MAURICIO ALVES RIBEIRO, VINICIUS CESCHIN MAESTRI, DIRCEU EDUARDO TEIXEIRA PINTO e CARLOS ARAI FILHO

HEG

Introdução: O tratamento das metástases hepáticas de câncer colorretal envolve cirurgia e quimioterapia. Devido aos diversos tratamentos, há dúvida quanto a que mais contribui para as complicações pós-operatórias: a quimioterapia pré-hepatectomia ou a morbidade da própria cirurgia.

Objetivo: Avaliar a influência da quimioterapia prévia em pacientes submetidos a hepatectomia para tratamento de metástases de câncer colorretal, estudando pontualmente complicações pós-operatórias, valores laboratoriais correlacionados com pior prognóstico, mortalidade cirúrgica, sobrevida global.

Métodos: Estudo retrospectivo com levantamento prospectivo de dados, comparativo, observacional, coorte histórica de pacientes submetidos a hepatectomias por câncer colorretal entre 2005 e 2015 no Serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital Erasto Gaetner. Variáveis quantitativas contínuas foram tratadas pelo teste t de student, e variáveis discretas pelo teste do qui-quadrado. A análise de sobrevida foi realizada pelo diagrama de Kaplan-Maier, e pela curva Roc.

Resultados: Foram incluídos 58 casos de hepatectomias por metástases hepáticas de câncer colorretal. Do total de pacientes, 33 eram do sexo feminino e 25 do sexo masculino. Segmentectomia não regredida foi realizada em 28, seguida da metastasectomia 17. Durante a cirurgia 3 pacientes evoluíram com óbito, 5 evoluíram com alguma complicação e 4 necessitaram de reabordagem cirúrgica. Quanto a quimioterapia pré-hepatectomia 30 pacientes foram submetidos, com média de ciclos de 9,3. A sobrevida global em 5 anos foi de 63,2%. GGT elevada relaciona-se com complicações pós-operatórias e necessidade de reabordagem cirúrgica. A elevação da ureia teve relação significativa com tempo de UTI. Houve associação entre dias de internação e complicações pós-operatórias na hepatectomia, com número de ciclos de quimioterapia realizados na adjuvância do tumor primário, mas não em relação a neoadjuvância pré-hepatectomia. **Conclusões:** O número de ciclos de quimioterapia causa acúmulo de toxicidade hepática e renal, predizendo um maior índice de complicações cirúrgicas a longo prazo, em mais intensidade que fatores relacionados ao próprio procedimento cirúrgico. Hepatectomia de resgate no tratamento do adenocarcinoma colorretal metastático permite aumento de sobrevida global, sobrevida livre de doença com baixas taxas de complicações e mortalidade, desde que bem indicadas a pacientes selecionados com adequadas condições cirúrgicas.

81

LOCAL DA OCORRÊNCIA DO TRAUMA COMO INFLUÊNCIA NO ÍNDICE DE TRAUMA

ADONIS NASR, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, BRUNA ARCOVERDE ABBOTT, ANA LUISA BETTEGA e BRUNO EDUARDO SILVA RIBEIRO

HT

INTRODUÇÃO: Na assistência pré-hospitalar a expressão "hora de ouro" é utilizada para designar a primeira hora que sucede um episódio de trauma. Isso mostra que a rapidez no APH é essencial para o melhor prognóstico dos pacientes politraumatizados.

OBJETIVO: Avaliar a influência do local de ocorrência do trauma nos escores de trauma (ISS, RTS, TRISS) de pacientes submetidos a laparotomia exploradora de emergência.

MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional analítico. Foram incluídos na amostra 212 pacientes submetidos a laparotomias exploratórias no período de janeiro de 2015 e dezembro de 2017. Informações sobre o local do acidente e dados vitais dos pacientes foram obtidas com base na coleta de dados por meio de prontuários eletrônicos e físicos. Foram analisados os índices de trauma de pacientes provenientes de Curitiba e Região Metropolitana e o local em que o paciente foi socorrido (estabelecimento físico ou via pública). A análise estatística foi realizada pelo teste "t" de Student para variáveis contínuas.

RESULTADOS: Dentre os 212 pacientes estudados, 184 (86,7%) foram trazidos pelo serviço de atendimento pré-hospitalar provenientes da cidade Curitiba e 28 (13,3%) provenientes de Região Metropolitana de Curitiba. 30 pacientes (14,1%) foram socorridos em estabelecimentos físicos (Domicílio, UBS, UPAs, trabalho) enquanto 182 (85,9%) foram socorridos em via pública. Observou-se maiores valores de ISS dos pacientes procedentes da Região Metropolitana em relação aos procedentes de Curitiba (29,8 vs 22,5; P=0,0096) enquanto valores maiores do TRISS foram observados em pacientes procedentes de Curitiba em relação aos da Região Metropolitana (90,62 vs 81,30; P=0,0155). Pacientes socorridos em via pública apresentaram menor valor de RTS (7,064 vs 7,645 P= 0,034) e TRISS (88,26 vs 96,82 P=0,023) em relação aos socorridos em um estabelecimento físico.

CONCLUSÕES: Pacientes vítimas de trauma procedentes de locais mais distantes do atendimento no centro de referência apresentaram índices de pior prognóstico à admissão. Verificamos pior prognóstico em pacientes socorridos em via pública, quando comparados com pacientes socorridos em um estabelecimento físico.

82

ÍNDICES DE TRAUMA NA INDICAÇÃO DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

ADONIS NASR, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, BRENO LOPES PORTO, JEAN RAITZ NOVAIS e LUIS FERNANDO SPAGNUOLO

HT

INTRODUÇÃO: O traumatismo abdominal é responsável por um número expressivo de mortes evitáveis. Exames de imagem como a tomografia computadorizada são essenciais para avaliação de pacientes estáveis e que necessitam de avaliação de lesões intra-abdominais que indiquem laparotomia.

OBJETIVO: Avaliar o impacto dos índices de trauma na indicação de laparotomia exploradora baseada no exame clínico e nos dados de imagem **MÉTODO:** Estudo retrospectivo observacional descritivo. Foram incluídos 405 pacientes submetidos a laparotomias exploratórias no período de janeiro de 2015 e dezembro de 2017. O banco de dados foi criado através da coleta de dados por meio de lista de verificação de variáveis relacionadas aos traumatismos, bem como aos valores associados à cirurgia. A amostra foi dividida em dois grupos com base na realização ou não de exames de imagem no pronto-socorro previamente a cirurgia de emergência. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. As variáveis contínuas foram analisadas com o teste t de Student.

RESULTADOS: Foram selecionados 405 pacientes, sendo 125 prontuários excluídos do estudo devido a dados faltantes, resultando em 280 prontuários. Sendo 30 pacientes encaminhado diretamente para laparotomia e 250 pacientes foram submetidos a exame de imagem antes da intervenção cirúrgica. Não houve diferença significativa entre a análise do TRISS (91,48% vs 89,21%, p=0,5334), o ISS (23,10 vs 28,06, p= 0,0771) e o RTS (7,421 vs 7,329, p=0,7521).

CONCLUSÕES: Não houve diferença com significância estatística entre os índices de trauma dos pacientes levados a cirurgia de emergência em relação aos operados após avaliação tomográfica. A reposição volêmica inicial adequada possibilita a correção de parâmetros fisiológicos iniciais que permitam a realização de exames de imagem pré-operatórios, a despeito da gravidade das lesões apresentadas.

83

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS A LAPAROTOMIA EXPLORADA EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA

ADONIS NASR, PHILLIPE ABREU-REIS, FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH, IWAN AUGUSTO COLLAÇO, KENNYA HENRIQUETA DE CARVALHO, CAMILA ROGINSKI GUETTER e MARCIO LUCIANO CANEVARI FILHO

HT

INTRODUÇÃO: O traumatismo abdominal é responsável por um número expressivo de mortes evitáveis. A cavidade intraperitoneal, juntamente com a cavidade torácica, o espaço retroperitoneal e as fraturas de ossos longos, são os locais do organismo que comportam sangramentos capazes de levar à morte por choque hemorrágico

OBJETIVO: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma submetidos a laparotomias exploradoras. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo observacional descritivo. Foram incluídos 413 pacientes submetidos a laparotomias exploratórias por trauma no período de fevereiro de 2011 a dezembro de 2016. Foram analisados dados do atendimento pré-hospitalar, hospitalar e da cirurgia, coletados diretamente dos prontuários eletrônicos e físicos. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples.

RESULTADOS: Dos 413 pacientes, eram do sexo masculino 365 (88,4%) e 48 (11,6%) do sexo feminino. Ocorreram na cidade de Curitiba 277 (67%) dos traumas e 136 (10,1%) na região metropolitana. A via pública foi a origem dos casos em 186 (45%) das vezes e 32 (7,7%) casos foram encaminhados de Unidade Básica de Saúde e Unidade de Pronto Atendimento. Foram atendidos pelo serviço pré-hospitalar 80% e 5% por procura direta. Do total, 212 (51,3%) apresentaram ferimento por arma de fogo e 96 (23,2%) por ferimento de arma branca. Foram vítimas de acidentes automobilísticos 62 (15%) dos pacientes, correspondendo as colisões auto x auto a 16 (3,9%) e moto x auto a 17 (4,1%) deles. No atendimento pré-hospitalar, 138 (33,4%) apresentaram pele normal e 120 (29%) apresentaram palidez. O pulso estava regular em 164 (39,7%), fino em 58 (14%) e irregular em 7 (2,1%). As pupilas estavam isocóricas em 204 (49,4%) dos pacientes e anisocóricas em 5 (1,2%) deles. Quanto a respiração, 174 (42,1%) estavam eupneicos, 85 (20,5%) taquipneicos e 8 (1,9%) bradipneicos. Taquicardia acometeu 197 (47,5%) dos atendidos, enquanto bradicardia acometeu 13 (3,1%). Dos procedimentos realizados, a tábua rígida foi colocada em 225 (54,4%) dos pacientes, colar cervical em 155 (37,5%), máscara facial em 63 (15,2%), intubação orotraqueal em 43 (10,4%), ventilação comambu em 35 (8,5%) e punção venosa em 50 (12,1%).

CONCLUSÕES: O perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a laparotomia revela uma prevalência de pacientes do sexo masculino, vítimas de trauma penetrante e trazidos ao hospital pelo serviço de atendimento pré-hospitalar especializado.

84

ACOMETIMENTO INTESTINAL DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE

CAROLINA PRINCEPE DO AMARAL INNECCO, SILVIO HENRIQUES DA CUNHA NETO, JOAQUIM RIBEIRO FILHO, FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON PEREIRA DE CASTRO, SYLVIA DALCOLMO MOREIRA RIBEIRO e VANESSA ARECO MOURA DA SILVA

HUCFF

Introdução

A Doença Linfoproliferativa Pós-Transplante (DLPT), caracterizada por crescimento desordenado de tecido linfóide pode manifestar-se desde uma proliferação indolente até um linfoma. Os pacientes submetidos a transplante de coração, pulmão, intestino ou de múltiplos órgãos, tem maior risco de desenvolverem DLPT do que os transplantados de rim ou fígado (Risco Absoluto: 25% versus 1-5%), segundo Al-Mansour Et al.

Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 36 anos, transplantada renal em 2000 (Glomerulonefrite crônica indeterminada), interna com queixa de emagrecimento, associado à alteração do hábito intestinal, com períodos de diarreia (sem sangue, muco ou pus) e dor abdominal. Negava febre. Foi submetido à investigação diagnóstica: -pesquisa de *Cryptosporidium* negativa em exame parasitológico de fezes; -colonoscopia evidenciou lesão vegetante no cólon ascendente proximal e colite ulcerada, sugestiva de infecção por citomegalovírus (CMV). Tratamento com ganciclovir, dose terapêutica, por 47 dias. Biópsias realizadas evidenciaram áreas de necrose, colite ulcerada, ausência de micro-organismos em coloração, e ausência de CMV em revisão imuno-histoquímica. Repetiu o exame dois meses depois e não apresentava mais lesões em cólon ascendente, porém, havia uma lesão em íleo terminal de caráter estenosante que impedia a passagem do aparelho, sem critério para malignidade no histopatológico (HP). Embora houvesse melhora das lesões no cólon após o tratamento para CMV, com a evidência da lesão de caráter obstrutivo no íleo, a paciente foi submetida a tratamento cirúrgico ileocelectomia direita - onde visualizou-se uma lesão estenosante de 3,5 cm. Sem ascite ou implantes peritoneais. Histopatológico: Linfoma não-Hodgkin Difuso de Células B, sem linfonodos acometidos. No seguimento realizou PET-TC que captou doença residual associado a pesquisa de Epstein-Barr Vírus negativa no HP da peça, sendo optado pelo tratamento quimioterápico e redução da imunossupressão do transplante.

Conclusão

Embora com grande variedade de diagnósticos possíveis, desde infecciosos até neoplásicos, a Doença Linfoproliferativa Pós-Transplante deve sempre ser atendida nos pacientes transplantados imunossuprimidos que evoluem com quadro de emagrecimento e alteração do hábito intestinal.

85

GASTROSCUISE E SUA RELAÇÃO COM OS DISTÚRBIOS DA MOTILIDADE INTESTINAL

CAMILA BARCELOS DE SOUZA, THAÍS CAROLINA DA SILVA, GRACIELE DE CARO REIS MACHADO, ANGELA CRISTINA GOUVÊA CARVALHO e LISIEUX EYER DE JESUS

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

INTRODUÇÃO: Na gastroscui (GQ) o intestino fetal é exposto à cavidade amniótica, devido um defeito na parede abdominal fetal, que pode causar obstrução intestinal, podendo cursar com: isquemia intestinal, desorganização muscular do intestino exposto e peristaltismo ineficiente. Problemas de motilidade afetam mais de 1/3 das crianças nascidas com GQ e causam dependência de nutrição parenteral (NP)1. Relatamos um caso de disfunção intestinal prolongada, após o reparo de GQ, com anormalidades histológicas relacionadas à isquemia do intestino fetal.

RELATO DE CASO: Após uma gravidez complicada por polidramnios, a criança K.V.F.A. nasceu com GQ (idade gestacional 36 semanas, 2,4 kg). Todo o intestino delgado(ID) e parte do cólon foram expostos, com serosite moderada e sem isquemia evidente. A redução imediata foi possível sem hipertensão abdominal e após 6 semanas de pós operatório(PO), a paciente evoluiu para obstrução intestinal. Foi reoperada ressecando uma área de 30 cm de íleo distal que sugeria necrose e foi realizada uma anastomose terminoterminal(TTA). Após 3 semanas de PO, a obstrução causada por uma torção proximal de 10 cm recorreu e foi ressecada, mas a anastomose não estava obstruída.

Com base nos resultados histológicos das peças cirúrgicas anteriores (áreas de necrose sugestivas de isquemia e calcificação distrófica extensa, afetando mais a mucosa muscular e muscular própria), suspeitou-se que o segmento entre a anastomose causasse obstrução funcional e procedeu-se à sua ressecção. Uma nova TTA e apendicectomia foram feitos, deixando o bebê com 70 cm de intestino delgado a partir do ligamento Treiz.

Após essa cirurgia, com estudo de radioisótopos, observou o clearance gástrico normal, o trânsito lento do ID, e acelerado no cólon. Aos 5 meses de vida, ela aceita uma alimentação combinada de fórmulas elementares transgástricas, complementadas por NP.

CONCLUSÃO: Os estudos sobre a motilidade intestinal na GQ são escassos. No caso acima, um clearance inadequado do ID e trânsito intestinal rápido, sugerem peristaltismo ineficiente por incoordenação, possivelmente relacionado à desorganização da parede muscular (causada por áreas de fibrose "unidas" com os músculos). Além disso, os extensos depósitos de cálcio nos espécimes sugerem uma resposta tardia à isquemia. Portanto, os episódios fetais de isquemia intestinal podem explicar a dismotilidade prolongada em GQ, desorganizando a camada muscular do ID exposto no processo de cicatrização.

86

HÉRNIA DE TROCARTE PÓS VIDEOCOLECTECTOMIA: RELATO DE CASO EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA.

HÉLIO AGUIAR RIBEIRO, VITOR COLETA CESARE MENEGHINI e IURY FREITAS FERRAZ

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA

Introdução: São evidentes os inúmeros benefícios da videolaparoscopia. Apesar disso, ainda é uma técnica que apresenta complicações, como exemplo, a hérnia de trocarte. Embora rara, essa se dá principalmente devido ao local de acesso, mais relacionada à incisão umbilical, diâmetro do trocarte maior que 10mm e não fechamento da aponeurose nas incisões maiores que 10mm, além de fatores relacionados ao paciente. O presente relato evidencia hérnia estrangulada em orifício de trocarte supraumbilical, pós colecistectomia videolaparoscópica (CVL). O caso descrito foi autorizado pela paciente e pelo Núcleo de Educação Permanente de um hospital geral de um município do interior da Bahia. **Relato do caso:** Sexo feminino, 65 anos, obesa e tabagista, submetida a CVL no dia 19/06/2018 sendo utilizados 1 trocarte de 10 mm em incisão supraumbilical e 2 outros trocartes, de 5mm e 10mm. Procedimento sem intercorrências, com retirada dos trocartes sob visualização direta, posterior esvaziamento de pneumoperitônio e não fechamento da aponeurose após retirada dos trocartes devido à dificuldade técnica relacionada a espesso panículo adiposo da paciente, realizando-se apenas sutura de pele nas feridas operatórias, com alta hospitalar um dia após a cirurgia. Após 16 dias, a paciente retornou ao serviço com dor abdominal, vômitos, febre e diarreia, sendo constatado abdome agudo semiobstrutivo com indicação cirúrgica. A laparotomia evidenciou-se hérnia ventral estrangulada em orifício de trocarte supraumbilical, corrigida com enterectomia (5 cm) e êntero-êntero anastomose em dois planos. Após 8 dias da reabordagem paciente cursou com deiscência de anastomose necessitando de nova cirurgia na qual evidenciou-se lesão fistulosa em íleo associada a necrose em região perianastomose, com posterior enterectomia (30 cm) e confecção de ileostomia em dupla boca. A paciente mantém-se internada em enfermaria cirúrgica para acompanhamento. **Conclusão:** As orientações descritas na literatura para a profilaxia das hérnias incisionais de trocartes sugerem, fechamento rotineiro da aponeurose nas feridas operatórias maiores que 10mm, menor tempo cirúrgico e esvaziamento do pneumoperitônio antes da remoção dos trocartes sob visualização direta. No presente relato percebe-se a relação direta entre o não fechamento da aponeurose no sítio do trocarte supraumbilical associado à retirada dos trocartes antes de se desfazer o pneumoperitônio, com o surgimento da herniação e suas consequências para a paciente.

87

NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU DO APÊNDICE CECAL EM PACIENTE JOVEM

MAÍSA MUNIZ OLIVEIRA, ROBERTO ELIAS DO NASCIMENTO SOARES e HAROLDO GONÇALVES DIAS JUNIOR

HOSPITAL SOCOR

INTRODUÇÃO

Neoplasias do apêndice cecal compreendem menos de 1% de todos os cânceres e são em maioria tumores epiteliais e neuroendócrinos. Dentre os tumores epiteliais apendiceais mais comuns estão as neoplasias mucinosas de baixo grau e os adenocarcinomas mucinosos.

Os tumores mucinosos de baixo grau são raros em jovens, associam-se ao pseudomixoma peritoneal e apresentam risco de recorrência local. Manifestam-se com dor abdominal similar à apendicite aguda ou em casos mais avançados com distensão abdominal devido à disseminação peritoneal. Atualmente a apendicetomia é considerada tratamento definitivo mas recomendações mais agressivas vêm sendo adotadas.

RELATO DE CASO

Paciente do gênero masculino, 32 anos, admitido com queixa de dor abdominal há 8 horas. Ao exame físico, apresentou dor à palpação profunda de fossa ilíaca direita, Blumberg positivo e imagem tomográfica abdominal mostrou apendicite aguda. Foi indicada apendicetomia convencional, cuja histologia revelou neoplasia mucinosa do apêndice cecal de baixo grau com extravasamento para a serosa do órgão. Foi indicado hemicolectomia à direita e linfadenectomia com anastomose latero-lateral enterocólica. O paciente evoluiu sem intercorrências com alta hospitalar no 5º dia de pós-operatório. Análise microscópica das peças cirúrgicas evidenciou ausência de neoplasia.

CONCLUSÃO

A classificação dos tumores mucinosos do apêndice é controversa, mas são reconhecidas 3 categorias principais pela OMS: adenoma mucinoso, neoplasia mucinosa apendicular de baixo grau e adenocarcinoma do apêndice.

As neoplasias mucinosas de baixo grau predominam em mulheres maiores de 60 anos de idade e frequentemente são diagnosticadas por ressecção cirúrgica para apendicite aguda em estágio inicial, e em estágios avançados observa-se massa ou distensão abdominal por metástase peritoneal.

A taxa de disseminação tumoral é menor que 2% e por isso a apendicetomia é curativa com prognóstico excelente. No entanto, a presença de mucina na serosa do órgão justifica a necessidade de ampliação cirúrgica e estudos recentes propuseram alguns critérios para hemicolectomia direita: tumores maiores que 2cm, envolvimento da base do apêndice e metástase linfonodal. Assim, pode-se concluir que a maioria dos diagnósticos de tumores mucinosos apendiculares ocorrem acidentalmente por cirurgias abdominais ou pélvicas, sendo raro em jovens.

88

CARDIOMIOTOMIA X ESOFAGECTOMIA EM MEGAESÓFAGO GRAU IV: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

RENAN GERONIMO SOUZA DA SILVA, GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI, GABRIELLY SARAIVA PORTO GARCIA, LAURA PEREIRA GUIMARÃES, MARIA DE PAULA GLIELMO, MARIANA QUINTELA RODRIGUES PEREIRA e MARIANA SANTOS CARVALHO

UNIRIO

INTRODUÇÃO

Acalasia é uma desordem da motilidade esofágica que causa degeneração do plexo mioentérico da parede do esôfago e de seu esfíncter inferior (EEI). Consequentemente, há perda da peristalse e aumento do tônus do EEI, gerando disfagia progressiva, regurgitação e perda de peso. O padrão ouro de diagnóstico é a esofagomanometria, devendo-se associar à endoscopia digestiva alta (EDA) para afastar carcinomas ou outros tumores obstrutivos, podendo-se associar a esofagografia baritada. O tratamento pode ser medicamentoso; endoscópico, ambos com menor eficácia a longo prazo; ou cirúrgico, sendo esse a melhor opção.

RELATO DE CASO

Y.H., feminina, 30 anos. Em março de 2018, paciente gestante de 7 meses iniciou disfagia e êmese pós-prandial. Em 11/04, foi submetida à EDA, sendo constatado esôfago de calibre aumentado, e à biópsia, que evidenciou candidíase, tendo sido tratada. TC mostrou dilatação difusa do esôfago torácico, sugerindo megaesôfago – acalasia. Evoluiu com quadro de hematêmese, e foi diagnosticada síndrome de HELLER. Por isso, paciente foi submetida à cesariana de emergência, com perda fetal. Nova EDA, em 21/05, confirmou o diagnóstico de acalasia idiopática. Então, foi submetida a cardiomiectomia a Heller.

CONCLUSÃO

Atualmente, o tratamento preconizado para acalasia é cirúrgico, e a técnica utilizada depende principalmente do grau da doença. A classificação radiológica de Rezende é uma das mais utilizadas para fazer o estadiamento; e considera diâmetro do esôfago, trânsito e retenção de contraste para classificação em 4 graus. A cardiomiectomia a Heller associada a válvula anti-refluxo é indicada para os graus I e II. Nos graus III e IV, pode haver recidiva a médio prazo à realização dessa técnica e, por isso, a esofagotomia é uma alternativa. Contudo, essa está associada a considerável morbimortalidade, sendo complicações frequentes as pleuropulmonares (30-60%), principalmente pneumonia; e as fístulas da anastomose esofagogástrica (6-8%). A mediastinite, embora menos frequente (0,4-5%) é a complicação mais grave da esofagotomia, tendo alta letalidade. Por isso, em pacientes com doença avançada que não foram submetidos a tratamento anterior, pode-se utilizar o método mais conservador como primeira abordagem. Dessa forma, embora a paciente apresentasse doença em grau IV, optou-se pela cardiomiectomia. A cirurgia foi bem-sucedida, com boa evolução pós-operatória e melhora importante dos sintomas. A paciente está em acompanhamento há 2 meses.

89

PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO

SHEILANE RODRIGUES DA SILVA, NATÁLIA SANTOS DE MELO e EDUARDO LENZA SILVA

HBDF

Introdução: A Peritonite Esclerosante Encapsulante (PEE) é causa rara de obstrução intestinal, caracterizada pela presença de membrana fibrocolagênica densa envolvendo parcial ou totalmente o intestino delgado. É classificada em primária (idiopática) ou secundária. A primária não possui causa identificável. A secundária relaciona-se à situações que levam à inflamação peritoneal como tuberculose peritoneal, diálise peritoneal, cirurgia abdominal, peritonite recorrente, quimioterapia intraperitoneal, cirrose, transplante hepático, endometriose, ruptura de cisto dermoide e deficiência de proteína S. Os sintomas podem ser de obstrução intestinal completa ou parcial, ter clínica vaga ou assintomática. O diagnóstico final é comumente no intraoperatório e histopatológico. O método de escolha é a tomografia computadorizada de abdome com contraste, métodos como a radiografia e ultrassonografia de abdome são menos úteis. O diagnóstico diferencial é com as causas prevalentes de obstrução intestinal. A conduta depende da gravidade dos sintomas e da presença de obstrução. O tratamento conservador é a melhor escolha em pacientes com sintomas leves. Em caso de obstrução intestinal ou falha no tratamento conservador é indicada a laparotomia. A terapia farmacológica suprime o processo inflamatório e a inibe a produção fibroblástica, utiliza-se o tamoxifeno, micofenolato, azatioprina, corticosteroides.

Relato de caso: RCR, masculino, 47 anos, sem comorbidades e cirurgias prévias, com dor e distensão abdominal intermitentes há 60 dias, náuseas e vômitos pós-prandiais, perda ponderal de 20Kg. TC de abdome contrastada com acentuada aglomeração e distensão líquida de delgado, convoluções do hipocôndrio esquerdo até a fossa ilíaca contralateral. Interrogadas hérnia interna e paroduodenal. Realizada laparotomia exploradora com achado de grande tecido fibroso espesso envolvendo alças, realizada adesiólise e ressecção de capa fibrótica. No 10º dia Pós-Operatório necessitou de relaparotomia para lise de aderências e drenagem de abscesso. Recebeu alta hospitalar assintomático após 10 dias. Retorno ambulatorial com anatomopatológico evidenciando tecido fibroconjuntivo e adiposo, extensa fibroesclerose com áreas de supuração e de coleção fibrino-leucocitária (microabscessos). Definido PEE idiopática após investigação completa.

Conclusão: A PEE é uma condição com fisiopatologia ainda pouco compreendida. É importante a suspeita de PEE em pacientes com abdome agudo obstrutivo.

91

PIELOPLASTIA ESQUERDA VIDEOLAPAROSCÓPICA

ROSANA SIQUEIRA BROWN, GABRIELLY SARAIVA PORTO GARCIA, VINICIUS CABRAL FARIA, RANGEL DE LIMA TAKENAWA, MAURICIO RUBINSTEIN e IRENEU RUBINSTEIN

UNIRIO

Introdução: A obstrução da junção pieloureteral é a doença mais comum no ureter e pode levar a hidronefrose progressiva e disfunção renal. Os sintomas clínicos mais comuns são: dor lombar, cólica renal e infecção. A pieloplastia é a terapêutica clássica para a obstrução da junção ureteropélvica, com índices de sucesso em longo prazo de aproximadamente 90%.

Relato do Caso: Neste vídeo apresentamos os passos fundamentais da técnica videolaparoscópica desmembrada em face da etiologia presente. Paciente do sexo feminino, 16 anos, procurou atendimento médico devido a dor lombar com irradiação para flanco esquerdo e história patológica pregressa de pielonefrite de repetição. Aos exames complementares apresentava estenose de junção uretero-pélvica no lado esquerdo, com função renal esquerda de 43% e direita de 57%. Foi submetida ao procedimento videolaparoscópico, através de acesso transperitoneal, com posicionamento em decúbito lateral esquerdo. Após rebatimento de cólon foi acessada a junção pieloureteral e realizada Pieloplastia através de técnica de Anderson-Hynes (desmembrada). Foi posicionado um cateter duplo J no per-operatório por via anterógrada. O tempo operatório foi de 3 horas. A perda sanguínea foi inferior a 100 ml. Não houve complicação relacionada ao caso descrito. O tempo de hospitalização foi de 4 dias. A paciente se mantém sem sintomas.

Conclusão: A pieloplastia videolaparoscópica é uma técnica minimamente invasiva com altas taxas de sucesso terapêutico, que oferece vantagens para o paciente, tais como menor morbidade pós-operatória e retorno rápido as atividades diárias do paciente.

93

GASTRECTOMIA VERTICAL UTILIZANDO MARCAÇÃO ESTRATÉGICA COM CANETA CIRÚRGICA DE VIOLETA GENCIANA

RENATO ALCANTARA HALLAK COSTA, ANDRE ZACARON, ANTONIO CLAUDIO JAMEL COELHO, ANDRE RICARDOCHAVES DOS SANTOS e JOAQUIM RIBEIRO FILHO

UFRJ

A obesidade é considerada um grande problema nos dias atuais, demonstrando íntima relação com doenças cardiovasculares e pulmonares. Dentre os tratamentos propostos, observa-se o aumento da realização da cirurgia bariátrica no mundo e no Brasil que é o segundo país com mais cirurgias realizadas. A gastrectomia vertical é uma técnica derivada do switch duodenal e vários cirurgiões optam por esse procedimento por ser mais simples. Porém, há diversos detalhes importantes para que não ocorra estenose de locais da reconstrução ou torção do estômago remanescente. Também conhecida como "Sleeve", esta é a técnica mais realizada nos EUA e é considerada mais simples por abordar apenas um órgão no quadrante supramesocólico. No entanto, pode-se cursar com complicações graves, de difícil tratamento que estão relacionadas com a técnica cirúrgica. Vale ressaltar que não há atualmente unanimidade literária relacionada à técnica operatória. Este vídeo tem o objetivo de demonstrar uma sistematização que propõe diminuir as complicações já descritas da gastrectomia vertical e contribuir para o ensino e a técnica operatória.

Relato de caso

Paciente SCS, feminina, 42 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, resistência a insulina, sem doença do refluxo gastroesofágico. Altura: 1.66m; Peso: 115kg; IMC=41.7, com tentativas frustradas de redução de peso por outros métodos. Demonstrado em vídeo a gastrectomia vertical explicitando a técnica com sinalização da pequena curvatura, a distância da região pilórica e marcação do local de grampeamento para prevenção de complicações.

Conclusão

Com o método de grampeamento com marcação busca-se diminuir a possibilidade de torção do estômago remanescente e de estenose da região reconstruída próxima a pequena curvatura evitando perder a linha de grampeamento durante o procedimento no qual o estômago é continuamente movimentado. O procedimento facilita a execução da gastrectomia vertical e diminui a possibilidade de desvio dos locais de grampeamento, contribuindo para a redução das complicações dos pacientes submetidos à cirurgia e dos custos médicos futuros relacionados a estas

95

MEGACOLON TÓXICO COM EVOLUÇÃO PARA CHOQUE SÉPTICO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

MARCELLA FONSECA KOUKIDIS, AMANDA SANTOS PEREIRA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS (UCPEL)

INTRODUÇÃO: Megacolon tóxico é uma complicação potencialmente fatal de doença inflamatória intestinal ou colite, caracterizada por dilatação colônica total ou segmentar não obstrutiva associada a toxicidade sistêmica. Um mecanismo patológico possível é que a inflamação da mucosa leva sequencialmente à liberação de mediadores inflamatórios e produtos bacterianos, aumento da síntese de óxido nítrico e dilatação do cólon, podendo tornar-se uma emergência cirúrgica.

RELATO DE CASO: Paciente N.R.F., 52 anos, feminino, branca, casada, aposentada, chega ao Pronto Socorro de Pelotas com quadro de distensão abdominal, dispnéia, náuseas e constipação. Nega doenças prévias. Realizado Tomografia de tórax e de abdome que revelaram cólon com conteúdo fecal em topografia torácica à esquerda desviando mediastino, suspeitando-se de hérnia diafragmática. Foi submetida a laparotomia exploratória no dia seguinte. Durante cirurgia foi evidenciada intensa distensão colônica em topografia torácica à esquerda, sem ruptura diafragmática. Realizado hemicolectomia e colostomia com secção proximal. Paciente chega na UTI no pós operatório imediato do mesmo dia, evoluindo rapidamente para choque séptico de difícil reversão, permanecendo intubada durante toda a internação. Tentado desmame da ventilação mecânica seis dias após cirurgia, com falha devido a taquicardia e esforço respiratório. Paciente evoluiu com pneumonia associada a ventilação, piora drástica da função renal e choque séptico. Conversado com a família que decidiu medidas de conforto. Paciente evolui para óbito quatorze dias após cirurgia. CONCLUSÃO: A taxa de mortalidade de pacientes que desenvolvem megacolon tóxico é dramática: 27% nos casos tratados apenas com medicação e 19% em pacientes submetidos a cirurgia. Sendo assim, é fundamental o diagnóstico precoce através da observação das manifestações clínicas e do exame físico, além do auxílio de exames de imagem para conduta imediata.

94

HEMATOMA ESPONTÂNEO DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL: RELATO DE CASO

THAMYRIS QUEARELLI REZENDE PEDROSA, ANNA LUISA AGUIAR GUIMARÃES, GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES JUNIOR, DANIELA DE SOUZA ANDRADE, HUGO NONATO LUSTOSA CORREIA, BRENO BARROS ALVES, THIENE MOREIRA TALMA e CARLOS AUGUSTO MARQUES BATISTA

FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA

INTRODUÇÃO: A concentração de sangue na bainha muscular do músculo reto abdominal, sem associação a traumas, gera uma condição incomum chamada de hematoma espontâneo do mesmo. Essa condição se deve ao fato do rompimento dos vasos epigástricos ou por lesão da própria musculatura. O fator mais comumente associado ao seu aparecimento é o uso de drogas anticoagulantes orais usadas na profilaxia de fenômenos tromboembólicos, além de tosse excessiva e gravidez. Ressalta-se a importância do reconhecimento do quadro na prática clínica, pois sua semelhança com outras condições abdominais pode levar a intervenções cirúrgicas desnecessárias. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 81 anos, chega ao PSA do HELGJ-FMV relatando dor abdominal em flancos e mesogástrio há 10 dias, de moderada intensidade, contínua, tipo queimação, sem fatores de melhora. Dias depois houve surgimento de equimoses nas mesmas regiões acompanhado de perda de apetite e prostração. No atendimento inicial, a paciente em bom estado geral, hipocorada, PA 140 x 80 mmHg, FC = 89 bpm, FR = 19 irpm e SatO2 98%. Abdome globoso; equimoses extensas nos flancos e ao redor da cicatriz umbilical; flácido; doloroso à palpação profunda; presença de abaulamento fixo, de cerca de 7 cm, palpável em região periumbilical à esquerda; ruídos hidroaéreos presentes. Ausculta pulmonar apresentava discretos sibilos em bases. Edema de MMII ++/4 e caído+/4. Laboratório revelava discreta leucocitose. Optou-se por internação hospitalar e foram solicitadas duas TC's de abdome e pelve, em dias diferentes, uma com contraste e outra sem, as quais sugeriram hematoma de bainha do músculo reto abdominal esquerdo. No 6º dia de internação hospitalar foi iniciado levofloxacino 500mg/dia EV devido à permanência da leucocitose, evoluindo satisfatoriamente, havendo regressão progressiva do abaulamento, desaparecimento da dor abdominal e a resolução das equimoses. Após doze dias de internação em tratamento clínico conservador a paciente recebeu alta hospitalar. Compareceu 15 dias depois ao Ambulatório de Cirurgia Geral para revisão e alta. CONCLUSÃO: Foi apresentado um caso de hematoma espontâneo de músculo reto abdominal, considerado incomum pela literatura, em uma paciente do sexo feminino. Existem inúmeros fatores predisponentes e o tratamento conservador deve ser a primeira escolha, reservando-se a cirurgia para aqueles casos específicos. Hematoma espontâneo do músculo reto abdominal: Relato de caso

96

TUBERCULOSE PERITONEAL: UM RELATO DE CASO

MARCELLA FONSECA KOUKIDIS, ENYANA CEOLIN LAMEGO, RAFAEL ALBUQUERQUE DE CARVALHO, IZABEL DE OLIVEIRA KARAM e LUCAS DUARTE BETTIN

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS (UCPEL)

INTRODUÇÃO: Tuberculose peritoneal é uma forma extrapulmonar da infecção pelo Mycobacterium tuberculosis, caracterizando um processo inflamatório crônico. Tal forma ocorre por reativação de foco peritoneal quiescente ou via hematogênica do foco pulmonar. A sintomatologia é inespecífica, pode ocorrer ascite (93% dos casos), dor abdominal (73%) e febre (58%), persistentes por semanas ou meses. Acomete todas faixas etárias - mais adultos jovens e idosos - e é de mais prevalente em pacientes imunodeprimidos, como HIV positivo, uso prolongado de corticoide, cirróticos, diabéticos e portadores de neoplasia. RELATO DE CASO: Paciente branco, 13 anos, masculino, previamente hígido, procurou atendimento em um hospital universitário do sul do Brasil queixando febre de 39°C há 21 dias, associada a episódios de vômito. Sem lesões de pele ou dor em articulações. Bom estado geral, mucosas úmidas e coradas, normocárdico e normotenso. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. No abdome havia ruídos hidroaéreos, timpanismo à percussão, dor à palpação profunda em flanco esquerdo. Sem visceromegalias, maciez móvel, circulação colateral e nem sinais de irritação peritoneal. Blumberg e Murphy negativos. Ausência de edema em membros inferiores. Uma semana após a hospitalização, iniciou quadro de dor abdominal em flancos bilateralmente, de moderada intensidade, sem irradiação. Exacerbando-se à micção e sem fator atenuante. No decorrer da internação, houve episódios esparsos de hematuria. Hemograma, bioquímica e urina mantiveram-se dentro da normalidade. PPD apresentava-se positivo e sorologias negativas. TC abdominal evidenciou presença de ascite de pequeno volume. Realizou-se paracentese e análise do líquido ascítico que revelou caráter inflamatório exsudativo (GASA>1,1) e ADA do líquido de valor 83,0. A hipótese de tuberculose peritoneal foi proposta e realizada videolaparoscopia para biópsia para diagnóstico definitivo. A biópsia evidenciou processo inflamatório crônico, com granulomas epitelioides e necrose caseosa central. Estabeleceu-se o diagnóstico, sendo instituído tratamento com esquema tuberculostático com RHZE e o paciente encaminhado para prosseguimento ambulatorial. CONCLUSÃO: A tuberculose peritoneal apresenta desafio diagnóstico, por provocar manifestações clínicas inespecíficas e insidiosas. Apesar de ser um tratamento longo, se for realizado de forma correta, altera, drasticamente, o desfecho.

97
DOENÇA DE CAROLI EM ADULTO: RELATO DE CASO
GABRIEL DOS SANTOS WINZ, DIEGO LUCAS SOARES DE ALMEIDA, LUIZA PORTO JARSKÉ, CAMILA LATTANZI NUNES, MATHEUS CRISTINO MARTINS, ALBERTO ELIAS HALLACK ARAUJO, LUIS ANTONIO VANNI GUERRA e CÉLIA MARIA GOUVEIA DE FREITAS
<i>HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS</i>
Doença de Caroli denota a presença de cistos em via biliar intra-hepática, classificação V de Todani de cistos biliares. Apesar de congênita, pode manifestar-se na idade adulta, sem distinção de sexo, com dor abdominal, icterícia, cálculos intra-hepáticos, colangite de repetição e abscessos. O diagnóstico é feito com ultrassonografia, tomografia, ressonância ou colangiografia e o tratamento envolve colangiopancreatografia endoscópica, derivação da via biliar ou ressecção hepática de área acometida, desde hepatectomia parcial a total com transplante.
Paciente MFPS, feminino, 31 anos, sem comorbidades, apresentava icterícia intermitente desde a infância que se agravou em março de 2018 com hiperbilirrubinemia direta associada a dor epigástrica, colúria e perda ponderal. Tomografia apresentou microlitíase em vesícula biliar, aparente ectasia de vias biliares intra e extra-hepáticas, sugerindo litíase intra-hepática e em colédoco. Colangiografia laparoscópica visualizou inúmeras falhas de enchimento intra-hepáticas, saculações de árvore biliar intra-hepática e amputação de colédoco distal. Convertida para colecistectomia aberta, coledocotomia e exploração de vias biliares com retrada de inúmeros cálculos intra-hepáticos bilateralmente, sendo impossível a progressão pelo colédoco distal por estreitamento do mesmo. Realizada hepático-jejunoostomia em Y de Roux. Histopatológico de tecidos linfóides pericoleodocianos foi inconclusivo. Ressonância magnética pós-operatória evidenciou múltiplas saculações focais em ambos lobos hepáticos compatíveis com doença de Caroli. Teve melhora inicial, porém, no 3º mês de pós-operatório, aguardando transplante hepático, apresentou aumento progressivo de bilirrubina, queda do estado geral, perda ponderal apesar de suplementação alimentar, evoluindo para caquexia e disfunção orgânica resultando em óbito no 4º mês pós-operatório.
Exames de imagem são essenciais no diagnóstico, detecção de complicações e planejamento do tratamento da doença de Caroli. Hepatectomia parcial para cistos unilobares e transplante hepático para cistos difusos estão associados a melhores índices de sobrevida e menor mortalidade. A hepático-jejuno anastomose em Y de Roux é uma opção muitas vezes temporária. No entanto, muitos buscam atendimento médico em estado avançado da doença, como colangiocarcinoma, o que prejudica as abordagens de proposta curativa. Apesar de biópsias negativas para malignidade, não se pode afastar esta possibilidade nesse caso.

100
MASSA SUPRARRENAL EM PORTADOR DE HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA SEM ACOMPANHAMENTO: RELATO DE CASO.
LUCIANA CRETTON RIZZO, ALEXANDRE NAEGELE DE OLIVEIRA, GABRIELA DOS SANTOS DE CARVALHO LEGG, LEONARDO DAUMAS PORTO, MATHEUS DIAS BARCELOS COUTINHO, LUIZA DE OLIVEIRA BARBOSA COUTINHO, MARIA LAURA BARBIN LUCAS e LUANA FRAGA TORRES DE OLIVEIRA
<i>SEMUSA</i>
A Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) engloba um grupo de doenças autosômicas recessivas que comprometem a esteroidogênese das suprarrenais por deficiências enzimáticas. Na Forma Clássica (FC) temos deficiência enzimática da 21-hidroxilase havendo, por um lado, comprometimento da secreção de cortisol (podendo ou não haver comprometimento da secreção de aldosterona), e, por outro, acúmulos dos esteroides sintetizados proximalmente em relação ao bloqueio enzimático. A redução da síntese de cortisol pelo córtex da suprarrenal leva à diminuição do feedback negativo sobre o hipotálamo e adeno-hipófise, propiciando um aumento da secreção de ACTH pela glândula hipofisária. Na HAC FC pode-se ter como achado massas adrenais, uni- ou bilaterais, presumivelmente por excessiva estimulação crônica das adrenais pelo ACTH.
Relato: MSM, 15 anos, masculino, atendido com dor abdominal moderada em hipocôndrio esquerdo, êmese e um episódio de febre há 24h. Realizada Tomografia Computadorizada de abdome que evidenciou massa suprarrenal direita de 8,8 cm e bordas regulares com proximidade da veia cava. Nova investigação da história patológica pregressa com a mãe do paciente mostrou que esse é portador de HAC FC perdedora de sal com diagnóstico feito pelo teste do pezinho logo após o nascimento. O paciente foi acompanhado em serviço especializado fazendo uso de hidrocortisona e fludrocortisona até os 7 anos de idade, porém, desde então, encontra-se sem uso de qualquer medicação ou acompanhamento. Há relato de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, ao exame físico, atraso cognitivo e hipogonadismo. Realizada dosagem do cortisol sérico que encontrava-se diminuído, foi inviável a dosagem de metanefrinas urinárias. Devido ao tamanho da tumoração, optou-se por realização de adrenalectomia direita por via convencional com uso de hidrocortisona 100 mg quatro vezes ao dia no intra- e pós-operatório.
Conclusão: O adenoma e o adenocarcinoma são complicações possíveis da FC de HAC. A falta de acompanhamento clínico pode gerar uma estimulação excessiva e incessante da glândula suprarrenal pelo ACTH circulante, o que leva à alteração histológica que dá nome à doença, o que possivelmente pode estar envolvido com a gênese da lesão. As massas adrenais não funcionantes tem indicação de ressecção cirúrgica ao atingirem 4 cm ou mais, o que justifica o tratamento de escolha para o caso em questão, independente do tipo histológico da massa.

99
RE-HEPATECTOMIA AUMENTA A MORBIMORTALIDADE? AVALIAÇÃO DE HEPATECTOMIA EM DOIS CENTROS ESPECIALIZADOS
LUIZA BASILIO RODRIGUES,
Objetivo: Recidivas hepáticas de lesões neoplásicas são comuns. A indicação de uma nova hepatectomia pode aumentar a sobrevida e o tempo livre de doença de pacientes com lesão estável e bom estado geral. Analisar a morbidade e mortalidade pós cirúrgica de pacientes submetidos a segunda hepatectomia é fundamental. Analisamos pacientes submetidos a segunda hepatectomia e a primeira, comparando morbidade e mortalidade. Método: Foram analisados retrospectivamente informações do banco de dados do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Federal de Ipanema e do Hospital Federal de Bonsucesso, de outubro de 2014 a dezembro de 2017. Resultados: 255 pacientes foram analisados. 238 (93,3%) foram submetidos a primeira hepatectomia e 17 (6,7%) foram submetidos a re-hepatectomia. Dos pacientes submetidos a primeira hepatectomia, 167 (70,2%) apresentaram lesões malignas e 71 (29,8%) lesões benignas; dos pacientes submetidos a re-hepatectomia 15 (88,2%) apresentaram lesões malignas e 2 (11,8%) apresentaram lesões benignas. A morbidade encontrada analisando os pacientes submetidos a primeira hepatectomia foi de 39,9%, sendo 16 (6,7%) classificados com Clavien-dindo maior que IIIa, e a mortalidade foi de 1,7% e em pacientes submetidos a re-hepatectomia a morbidade foi de 52,9%, sem pacientes classificados com Clavien-dindo maior que IIIa e a mortalidade foi igual a 0. Quando comparados os dois grupos, não houve diferença estatísticas entre morbidade ($p=0,59$; $OR=0,0$; $IC=$) e mortalidade ($p=0,29$; $OR=1,98$; $IC=0,63 - 4,54$). Conclusão: A mortalidade e morbidade encontradas após análise de pacientes submetidos a re-hepatectomia são semelhantes a índices encontrados em pacientes submetidos a primeira hepatectomia. A segunda hepatectomia deve ser indicada sempre que possível, já que apresenta a mesma incidência de complicações da primeira hepatectomia. Podendo ser uma boa opção terapêutica em pacientes selecionados.

101
COMPLICAÇÕES NO TRAUMA ABDOMINAL - RELATO DE CASO: ABORDAGEM CIRÚRGICA DA LESÃO ABDOMINAL POR PAF
EVANDRO CÉZAR CIANFLONE FILHO, BRUNA ZORZAN LOBASSI e GRACIELE DE CARO REIS MACHADO
<i>UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE</i>
Introdução:
As vítimas da criminalidade e violência ocupam cada vez mais leitos no SUS e suas internações são onerosas e com frequentes complicações. Dentre as lesões por Projéteis de Armas de Fogo (PAF) a região abdominal consiste no terceiro local mais frequente e sua gravidade depende dos órgãos atingidos e suas complicações, como sepse, peritonite e hemoperitônio. Apresentaremos, pois, um relato de caso de lesão abdominal por PAF, a fim de elucidar seu desenvolvimento e procedimentos realizados.
Relato de caso:
R.G.L., 46 anos, masculino, atingido por PAF em abdome e membro inferior esquerdo em 03 de março de 2018, apresentando lesões de Intestino Delgado, Sigmóide e Cólon Transverso. Foi encaminhado ao Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, submetido à laparotomia exploradora com realização de enterectomia segmentar, rafia de sigmoide, hemostasia e evacuação de hemoperitônio. Evoluiu com seroma, deiscência de ferida operatória e evisceração. Foi abordado em 21 de março para resíntese de parede abdominal e colocação de tela de propileno. Evoluiu com distensão abdominal e infecção de ferida operatória. No 7º dia do pós-operatório (PO), foi identificada fistula colônica envolta por massa inflamatória em local de colorrafia prévia, com estenose de lúmen. Foi realizada colectomia esquerda com colostomia à Hartmann, lavagem de cavidade e peritoneostomia. Transferido para o Hospital Universitário Antônio Pedro no 9º dia do PO, foi feita revisão de peritoneostomia e da colostomia em cólon descendente. A cavidade peritoneal se encontrava com grande quantidade de secreção purulenta e deiscência parcial da colostomia, a qual foi refeita. No 13º dia do PO, foi realizado curativo de peritoneostomia com drenagem da parede abdominal. Em 25 de maio foi realizada a última abordagem cirúrgica para ampliação do óstio de saída da colostomia. Paciente segue internado em observação constante. Evolui regularmente, apesar das complicações de seu quadro e tem bom entendimento de sua condição.
Conclusão:
A abordagem rápida e eficiente às vítimas de trauma por PAF é de extrema importância. A necessidade de colostomia nas lesões abdominais é comum, assim como o desenvolvimento da sepse. Desta maneira, a peritoneostomia é uma importante ferramenta no controle da infecção intra-abdominal. Tais procedimentos cirúrgicos estão sujeitos a complicações e, por conseguinte, um minucioso acompanhamento do caso deve ser feito para evitar fatalidades

102
VÓLVULO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL EM ADULTO: RELATO DE CASO

TAYNARA ANTUNES DE CARVALHO, IARA ALMEIDA ADORNO, CAROLINA MONTE SANTO BURDMAN PEREIRA, ANDRÉ NICOLAS BIANCHIM, ALINE TROVÃO QUEIROZ, LUCINEIDE MARTINS DE OLIVEIRA MAIA, MÁRCIO ALEXANDRE TERRA PASSOS e NILSON CHAVES JÚNIOR

Divertículo de Meckel (DM) é um divertículo verdadeiro resultante da falha na obliteração do ducto onfalomesentérico no primeiro trimestre de vida intrauterina. Trata-se da malformação congênita gastrointestinal mais comum em neonatos e crianças, cujas manifestações ocorrem em 50% dos casos até os 10 anos, pouco recorrente em adultos e mais prevalente em homens. Predominantemente assintomático, porém, quando sintomático, se manifesta com sangramento, vômitos, dor e distensão abdominal, todos oriundos de complicações como hemorragia digestiva baixa, obstrução intestinal e diverticulite. O estudo objetiva relatar um caso de DM ocorrido em junho de 2018 em Hospital Universitário. As informações foram coletadas via prontuário. HCS, masculino, 50 anos, hipertenso, deu entrada na emergência com náuseas, vômitos após ingestão de alimentos e constipação há 4 dias. Queixava dor abdominal difusa em cólica, entre branda e forte, mais intensa em fossa ilíaca direita e distensão abdominal. Medicado no dia anterior com Nimesulida, Clorpromazina e Dipirona com alívio da dor, mas sem resolução do caso. Relata episódio similar um mês antes, tratado sintomaticamente, sem diagnóstico. Negava febre e história de constipação crônica. Ao exame físico encontrava-se estável, lúcido, orientado, anictérico, acianótico, corado, hidratado, apirético e eupneico. Ausculta pulmonar sem alterações e cardíaca com ritmo regular em três tempos (B4) sem sopros e extrassístoles, pressão arterial 100x60mmHg e frequência cardíaca de 100bpm. Abdome distendido, hipertimpânico, com ruídos metálicos e peristaltismo débil, dor difusa à palpação profunda e Blumberg negativo. Toque retal com poucas fezes na ampola retal. Radiografia com evidente distensão e edema de alças intestinais com sinal de empilhamento de moedas, presença de nível hidroaéreo e pneumoperitônio bilateral. Mediante diagnóstico síndrome de abdome agudo foi submetido à laparotomia de urgência que revelou líquido livre seroso, distensão de alças de delgado em grande proporção, estômago distendido sem perfuração, presença de DM torcido próximo à válvula íleo-cecal, necrosado e com secreção sero-hemática em recesso subfêrnico direito. Realizada enterectomia com ileostomia e lavagem copiosa da cavidade. Tendo em vista a reduzida taxa de complicação do DM, 3 a 6% dos casos, decrescente com o avançar da idade, enfatiza-se a importância da inclusão do DM como diagnóstico diferencial em patologias obstrutivas e inflamatórias abdominais.

104
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESTENOSE PILÓRICA PÉPTICA: RELATO DE CASO

MARCUS FELIPE JARDIM, MARCOS LÁZARO AVELLAR CHAVES, RENATA CAPPAL DA COSTA PAZ, BRUNO OLIVEIRA MACIENTE e MARINA SAD NAVARRO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS

Introdução: A obstrução do fluxo de saída gástrico é condição que apresenta causas benignas e malignas. A estenose pilórica, importante etiologia, pode ser classificada em três tipos. O mais comum é secundário a patologia do trato gastrointestinal, como a doença ulcerosa péptica, relacionada à infecção por *H. pylori*. A presença de úlcera péptica pilórica leva a espasmo, edema e consequente deformidade cicatricial do tecido adjacente, levando a uma retenção temporária ou permanente do conteúdo gástrico. O quadro clínico clássico da obstrução de fluxo gástrico reduziu sua incidência com a sedimentação de tratamento clínico da doença péptica, sendo raro na prática clínica atual. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 38 anos de idade, sem comorbidades. Ex-etilista inveterado, nega tabagismo. Foi encaminhado com relato de epigastria há duas semanas, acompanhada de vômitos copiosos, hematêmese, melena e intolerância de dieta via oral. Previamente ao quadro, apresentava sintomas dispépticos (pirose e azia pós prandial), refratários ao uso de IBPs. Ao exame estava emagrecido, abdome distendido, timpânico, ruído hidroaéreo aumentado, com peristaltismo visível, levemente doloroso à palpação e víscera oca peristáltica palpável em topografia de epigástrico até quadrante inferior. Evoluiu com hemorragia digestiva alta, obstrução do trânsito intestinal e emagrecimento importante. Realizou EDA que mostrou esofagite ulcerada de estase e estenose pilórica péptica. Anatomia patológica: gastrite crônica do antro associada ao *H. pylori*, com atividade moderada. Recebeu tratamento clínico para *H. pylori* e foi submetido à laparotomia mediana. Inventário da cavidade: volume gástrico aumentado, com grande curvatura ultrapassando linha umbilical até pelve. Área de estenose importante de piloro que apresentava-se esbranquiçado e sem evidência de luz viável. Realizada gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux e vagotomia troncular. Em pós operatório apresentou gastroparesia importante associada a quadros de vômitos, recebendo alta em boas condições 9 dias após a cirurgia. Conclusão: Após a introdução de bloqueadores histamínicos e dos IBPs, sabe-se que a indicação cirúrgica na obstrução do fluxo gástrico está na falência do tratamento clínico. Entretanto, altas taxas de recidiva estão relacionadas ao tratamento medicamentoso ou via EDA, principalmente para casos de doença péptica crônica. Para esses casos a cirurgia é o tratamento proposto, com melhores resultados

103
REPARO LAPAROSCÓPICO DE HÉRNIA INCISIONAL - ETEP

VITOR DOS SANTOS NEVES, BRUNA LAGO CHAVES, HIRON MARCOS BARRETO RODRIGUES e ALINE MACHADO TEIXEIRA AÚAD

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

Introdução: O reparo laparoscópico da hérnia incisional pela técnica IPOM, demanda um grameador para fixação da tela, além de uma tela revestida, tornando o método caro. Esse trabalho, propôs a utilização de uma técnica totalmente extraperitoneal para a correção de hérnia incisional. Relato do caso: Paciente com 73 anos apresentando abaulamento em parede abdominal anterior. Após diagnóstico e estudo da hérnia incisional (exame físico + TC de parede abdominal), foi submetido a correção laparoscópica da hérnia incisional totalmente extraperitoneal (eTEP), sem intercorrências. Conclusão: parece não haver malefícios com o uso da técnica escolhida, além de se oferecer a esses pacientes um procedimento com menor custo e melhor recuperação pós-operatória.

105
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO ESPLÊNICO APÓS 2 ANOS DE TRAUMA ABDOMINAL: RELATO DE CASO

MARCUS FELIPE JARDIM, PAULO DE TARSO VAZ DE OLIVEIRA e RICARDO FREITAS RAMOS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS

Introdução: Cistos esplênicos não parasitários são incomuns, com poucos casos reportados na literatura mundial, sendo sua maioria associado a trauma abdominal contuso. Normalmente assintomáticos, podem ser associados a queixas quando aumentam em tamanho: dor em quadrante superior esquerdo, náusea e vômito. O diagnóstico normalmente é estabelecido pela história do trauma, dor abdominal persistente e exame de imagem. O presente relato de caso trata de trauma abdominal durante partida de futebol, com lesão esplênica não diagnosticada, evoluindo com dor e assimetria abdominal dois anos após o impacto. Relato de Caso: Paciente, 20 anos, com relato de dor abdominal constante em hipocôndrio esquerdo, associado a crescimento de massa abdominal em mesma topografia, progressivo, há 2 anos, coincidente com trauma contuso abdominal. Apresentava dificuldade em inspirar profundamente, abdome assimétrico, abaulado em topografia de hipocôndrio esquerdo, com massa palpável endurecida estendendo-se após a cicatriz umbilical em direção de fossa ilíaca esquerda e ultrapassando a linha média para o lado direito, com frêmito à inspiração, sem sinal de irritação peritoneal, mas doloroso à palpação. USG abdome: Baço de forma e dimensões aumentadas e parênquima alterado. Volumosa imagem cística, de contornos regulares, conteúdo anecóico, com volume de 2.575,7 cm³. TC abdome: volumoso cisto esplênico condicionando deslocamento das estruturas adjacentes. Procedida a laparotomia mediana xifo-púbica, onde foi evidenciado volumoso cisto esplênico, não aderido aos planos profundos, em íntimo contato com cúpula diafragmática esquerda através de aderências firmes, rechaçando rim esquerdo para além da linha média abdominal e comprimindo órgãos adjacentes. Procedida a esplenectomia total, sem intercorrências com alta em ótimas condições em 2º DPO. Anátomo-patológico: pseudocisto esplênico, compatível com hematoma reabsorvido. Não foram encontrados sinais de neoplasia. Conclusão: Cistos esplênicos não são corriqueiros na prática do cirurgião, sendo grande parte assintomáticos. O seguimento de pacientes com história de trauma abdominal contuso deve ser criterioso, devendo-se estudar as características do cisto pós traumático com o intuito de se optar pela melhor forma de tratamento quando a cirurgia estiver indicada. Deve-se levar em consideração principalmente o tamanho da tumoração e a sintomatologia, evitando-se o uso de técnicas que tenham altas taxas de recorrência.

107
LESÕES POR ARMAS BRANCAS - ESGORJAMENTO: RELATO DE CASO
RAFAELA ANDRADE NASCIMENTO,
<i>HOSPITAL E MATERNIDADE MEDCENTER LTDA</i>
INTRODUÇÃO: A criminalidade é tão antiga como a própria sociedade. O crime, apesar da sua multicausalidade, necessita e depende do fenômeno da violência. A violência é definida como o uso intencional e excessivo da força causando dano ou prejuízo a outra pessoa. A sua consequência pode ser física ou psicológica, podendo mesmo provocar a morte. Atualmente, cada vez mais os serviços de urgência acolhem diversas situações que englobam os diversos padrões de violência. Por isso, os profissionais de saúde devem ter necessária formação de base, formação contínua e competências para atender o paciente vítima de violência. RELATO DO CASO: Paciente N.N.N, 31anos, admitido com relato de tentativa de autoexterminio por uso de arma branca (facão), com intubação traqueal pela lesão cervical. Paciente autor de homicídio, na mesma cena, de companheira, decapitada. No primeiro atendimento paciente encontrava-se instável hemodinamicamente, sedado, com intubação traqueal através de ferimento em região cervical anterior. Realizado atendimento inicial ao politraumatizado e iniciada reposição volêmica, colhidos exames para tipagem sanguínea e transfusão de sangue e encaminhado ao bloco cirúrgico imediatamente. No ato cirúrgico foram realizadas traqueostomia e exploração cervical, evidenciando lesão total de parede anterior e parcial de parede posterior de hipofaringe. Não foram evidenciadas lesões de grandes vasos ou esôfago. Posicionada sonda nasointestinal (SNE) durante ato cirúrgico para garantir via alimentar. Após 20 dias de hospitalização, devido distúrbio de deglutição, foi realizada uma gastrostomia, a qual o paciente se adaptou bem e manteve-se alimentando até recuperação da via alimentar convencional. Retorna 2 meses após alta, já alimentando-se plenamente via oral, sendo retirada a sonda de gastrostomia e a traqueostomia. CONCLUSÃO: Os profissionais de saúde devem reconhecer a existência de eventuais vestígios e a forma de preservá-los adequadamente. Um correto registro clínico que contemple uma descrição pormenorizada de todas as lesões encontradas, revela-se fundamental para a segurança jurídica e contribuem para um ganho da vítima e da própria sociedade. Uma efetiva comunicação entre os Serviços de Saúde, a Medicina Legal e o Direito permite atuar de forma adequada clínica e juridicamente e corresponder às expectativas da vítima e da sociedade, no combate à violência.

109
PESQUISA DE MICROMETÁSTASE LINFONODAL NO CÂNCER GÁSTRICO PRECOCE
VANESSA ARECO MOURA DA SILVA, BERNARDO NOGUEIRA LIMA FIGUEIREDO, NATHALIA BARROS DE OLIVEIRA SANTOS, JOSE ALEJANDRO RESTOM CORRALES, ELIZABETH G. SANTOS, JOAQUIM RIBEIRO FILHO, FERNANDO PONCE LEON e GUILHERME PINTO BRAVO NETO
<i>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO</i>
Introdução: Câncer gástrico precoce (CGP) é definido como o adenocarcinoma gástrico restrito à mucosa ou submucosa, independente da presença de metástases. A incidência de metástases linfonodais no CGP varia de 0 a 15%, na dependência das características do tumor, o que permite, em alguns casos, sua ressecção endoscópica. Em alguns pacientes estas metástases podem ocorrer como micrometástases, que são aquelas com tamanhos entre 0,2 e 2,0mm, passíveis de passarem despercebidas à microscopia convencional, porém detectáveis com testes imunohistoquímicos para citokeratina. Objetivo: Avaliar a incidência de micrometástases linfonodais em pacientes portadores de câncer gástrico estadiados como pT1N0 e pT2N0. Métodos: A partir de um banco de dados prospectivo da Sessão de Cirurgia de Esôfago e Estômago do Serviço de Cirurgia Geral do HUCFF, foram estudados os pacientes submetidos à gastrectomia com linfadenectomia no período de janeiro de 2006 a junho de 2018, com estadiamento pT1N0 e pT2N0 e com exame histopatológico realizado com microscopia convencional. As lâminas destes pacientes foram reavaliadas à procura de micrometástases linfonodais e, nos casos de dúvida, foi feita pesquisa imunohistoquímica. Resultados: Dos 50 casos estudados, 26 eram homens e 24 mulheres, com idades entre 43 e 83 anos, 35 com lesões em antro, 12 em corpo e 3 que acometiam tanto antro quanto corpo gástrico. Onze pacientes foram submetidos à pesquisa de linfonodo sentinela com linfadenectomia à D1, 38 à linfadenectomia à D2 e em um paciente, portador de CA in situ em volumoso adenoma, não foi realizada linfadenectomia. A média de linfonodos isolados foi de 19,78 e foram revistas 50 lâminas. Em apenas uma destas houve dúvida quanto à presença de micrometástase linfonodal. Para este paciente, o bloco de parafina foi recuperado e a amostra foi submetida à imunohistoquímica, cujo resultado foi positivo para presença de micrometástases linfonodais em quatro de 16 linfonodos. Conclusão: A incidência de micrometástases linfonodais, de 2% nos pacientes avaliados, é condizente com os dados da literatura oriental. Estudos mais aprofundados, principalmente quanto ao método de detecção destas lesões e seu impacto na sobrevida do paciente ainda se fazem necessários.

108
O PAPEL DO CBC E AS LIGAS DE CIRURGIA
ELIZABETH GOMES DOS SANTOS,
<i>CBC</i>
INTRODUÇÃO: Desde sua criação, em 1929 o Colégio brasileiro de Cirurgias (CBC) se caracterizou por ser uma instituição para médicos. Seu principal objetivo era difundir a cirurgia. O que começou com uma academia carioca de cirurgia, em 30 de julho de 1929, passou a ser o Colégio Brasileiro de Cirurgias. Por muitos anos a estrutura do Colégio foi definida para profissionais graduados em medicina. O CBC continuou crescendo sempre voltado para ciência e arte da cirurgia e em 1967 adquiriu um caráter nacional. Movido pela visão do futuro e de que o CBC deveria se envolver e ajudar a formação de futuros cirurgiões, mesmo que ainda não graduados, seu então presidente, o TCBC Armando de Oliveira e Silva pôs em votação no Diretório Nacional a criação de uma nova categoria – Membro Acadêmico. A votação teve aprovação unânime. A Associação Brasileira das Ligas Acadêmicas de Cirurgia (ABLAC), uma iniciativa de acadêmicos de medicina interessados em seguir carreira cirúrgica, foi fundada em 22 de fevereiro de 2014 com o objetivo valorizar e difundir o ensino da cirurgia, promover a interação entre acadêmicos das Escolas de Medicina de todo o Brasil. DISCUSSÃO: A associação CBC-ABLAC permitiu uma ampliação das atividades do CBC, agora também voltado para os acadêmicos. A ABLAC representando todas as ligas de cirurgia é o principal como meio de contato. Com esse objetivo foi criada em 2017 a Comissão de Relacionamento com Alunos de Graduação cujo Presidente atual é o TCBC Dr. Luiz Gustavo de Oliveira e Silva (TCBC – 2º Vice Presidente do Núcleo Central do CBB. A parceria entre o capítulo RJ da ABLAC e o Núcleo Central do CBC rendeu projetos como o I Simpósio CBC-ABLAC no dia 18/11/2017, no qual foram abordados temas importantes como o ensino médico em cirurgia, residência médica em cirurgia geral e acesso às especialidades cirúrgicas. Neste mesmo evento, mais de 100 acadêmicos se tornaram membros AcCBC. O Congresso Estadual das Ligas Acadêmicas de Cirurgia, realizado nos dias 13 e 14 de abril de 2018 no centro de , rendeu uma participação de mais de 300 acadêmicos de variadas instituições do país. Desde 2017 houve um aumento de membros AcCBC, o que demonstra o interesse de acadêmicos pelo CBC e reafirma a necessidade de mais atenção a essa nova categoria. CONCLUSÃO: A associação de ligas principalmente com uma grande organização médica como o CBC, tem alto potencial de alcançar os jovens futuros cirurgiões e pode ter grande importância em sua formação.

111
AValiação DOS RESULTADOS DE PACIENTES COM ACALÁSIA SUBMETIDOS A ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA LAPAROSCÓPICA
TAISY ARRUDA DE MATOS INGRUND, FELIPE CARVALHO VICTER, LUÍZA CARDOSO LOURENÇO e PATRICIA NAVEGA CRUZ FERRAZ
<i>HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ</i>
Introdução Acalásia é uma desordem esofágica com sintomas de disfagia, regurgitação, dor no peito e perda de peso, causada pela falha no relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI). A acalásia idiopática é a mais comum, mas pode ser também secundária à doença de Chagas. O diagnóstico é feito com anamnese e exame físico e confirmado por exames complementares, sendo a manometria o padrão-ouro. Os objetivos do tratamento são a diminuição da pressão do EEI e facilitação do esvaziamento do conteúdo esofágico. Há diversas opções de tratamento, como medicamentos orais, toxina botulínica, dilatação pneumática, tratamento endoscópico e cirurgia. A miotomia cirúrgica do EEI (Miotomia de Heller) é muito utilizada e recomendada para pacientes com megaeosôfago graus I e II, sendo a esofagectomia reservada para doença avançada. O seguimento clínico pode documentar o sucesso do tratamento, detectar recorrências sintomáticas e reconhecer complicações. Neste estudo foi utilizado o Sistema de Eckardt, que pontua os principais sintomas da acalásia. Objetivos Comparar os resultados do tratamento de pacientes com acalásia submetidos à esofagocardiomiectomia à Heller-Dor por laparoscopia, em nosso serviço, de Abril de 2017 a Abril de 2018. Método Realizado estudo retrospectivo de prontuários e avaliação pré e pós-operatória, utilizando o Escore de Eckardt, de 8 pacientes com acalásia, tratados com esofagocardiomiectomia à Heller Dor por laparoscopia em nosso serviço de abril de 2017 a abril de 2018. Resultados Destes pacientes, 3 eram mulheres e 5 homens, 4 com acalásia idiopática e 4 com Doença de Chagas. Foram divididos em grupos: A (ausência ou pouca dilatação esofágica) - 4 pacientes; e B (esôfago muito dilatado e tortuoso) - 4 pacientes. A pontuação no pré-operatório variou de 7-12 pontos no escore de Eckardt. Após a cirurgia o escore variou de 0-2 pontos, evidenciando sucesso no tratamento. Conclusão A utilização da cirurgia laparoscópica no tratamento da acalásia tem demonstrado bons resultados, mesmo na doença avançada. Em nosso estudo, a cirurgia mostrou resultados semelhantes e satisfatórios nos Grupos A e B, independente da dilatação esofágica. É necessário o seguimento dos pacientes por maior período de tempo, para se avaliar os resultados a longo prazo. Porém, apesar do pequeno número de pacientes analisados, podemos observar a eficácia da esofagocardiomiectomia à Heller Dor no tratamento e remissão de grande parte dos sintomas da acalásia.

112
UM CASO DE ADENOCARCINOMA DA PAPILA DUODENAL

MARVIN WILLIE SILVA FOSTER, JOSÉ MARCUS RASO EULÁLIO, JOAQUIM RIBEIRO FILHO, DAIANE DE OLIVEIRA SOARES e FERNANDA BAPTISTA DE SÁ LEITÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

INTRODUÇÃO: Tumores ampulares são raros e agressivos, sendo difícil a distinção entre um tumor ampular primário de um tumor periampular durante o pré-operatório. Sabe-se que o prognóstico a longo prazo está relacionado à histologia do tumor, bem como o seu estadiamento, e que os adenocarcinomas ampulares com histologia pancreatocobiliar apresentam pior desfecho do que aqueles com histologia intestinal. Este relato tem por objetivo apresentar um caso clínico sobre tal afecção e discutir sobre suas características e tratamento.

RELATO DE CASO: JCF, masculino, 58 anos, negro, natural e residente do Rio de Janeiro. Portador do vírus HIV em uso de terapia antiretroviral, tabagista, sem outras comorbidades.

Apresentou icterícia, colúria e acolia fecal intermitentes associados a desconforto abdominal com início no final de 2015. Em 28/03/16 procurou atendimento médico com os mesmos sintomas. Tomografia e Colangiressonância realizados evidenciaram dilatação da via biliar intra e extrahepáticas e vesícula biliar com lama. CPRE com laudo de papila abaulada, sem cálculos na via biliar e realizado papilotomia. Paciente evolui com melhora dos sintomas, tendo alta hospitalar. Retorna em 26/02/2018 com quadro de dor abdominal e vômitos pós-prandiais com 03 meses de evolução e piora dos sintomas na última semana. Exame laboratorial com GGT de 1.033, fosfatase alcalina de 1.747, CA 19-9 de 219, sem alteração de bilirrubinas. Colangiressonância e Ecoendoscopia evidenciaram importante dilatação biliar intra e extrahepáticas até a papila, Wirsung dilatado e presença de tumor periampular com obstrução duodenal e da via biliar distal.

Foi submetido à cirurgia de Whipple no dia 07/05/18, e o inventário mostrou tumoração na papila com extensão ao duodeno e ao pâncreas. Teve alta hospitalar no 8º dia de pós-operatório, sem intercorrências.

Histopatológico evidenciou Adenocarcinoma da papila duodenal, ulcerado, de padrão pancreatobiliar medindo cerca de 5 x 1,1 cm, comprometendo toda a parede duodenal até a mucosa. O terço proximal da cabeça do pâncreas e a gordura peripâncreática onde permeia filete nervoso, não foram observados invasão de vasos linfáticos ou sanguíneos. Linfonodos isolados e limites cirúrgicos livres de neoplasia. (Estádio III - T4N0Mx).

CONCLUSÃO: Apresentamos um caso de adenocarcinoma da papila duodenal de padrão pancreatobiliar com 02 anos de evolução, sem acometimento linfonodal, de vasos sanguíneos e linfáticos.

114
METÁSTASE ADRENAL ÚNICA EM CARCINOMA DUCTAL INVASIVO: UM RELATO DE CASO

FERNANDA COUTINHO KUBASKI, FELÍCIA ROBERTA SÁ BRITTO ANTUNES, LAURA ZAGO MUNHOZ, FLÁVIA PIROLI, SÉRGIO FERREIRA DE FERREIRA FILHO, CAMILA LIMA RIBEIRO, JULIANE DA SILVA NEMITZ e NICOLE GOULART SAVIATTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Introdução: O câncer de mama representa a segunda neoplasia maligna mais frequente e a primeira em mortalidade por câncer entre as mulheres no Brasil, estando a doença metastática correlacionada, em geral, com pior prognóstico. O carcinoma ductal invasivo (CDI) é o subtipo de maior prevalência, sendo ossos, fígado e pulmões os sítios mais acometidos por metástases. O achado de metástase adrenal solitária de CDI é incomum, não havendo consenso sobre a melhor abordagem terapêutica de tal condição. **Relato do caso:** Paciente S.L.G.A., 62 anos, feminina, sem comorbidades clínicas, com diagnóstico de CDI em mama direita, há 23 anos, tratada com setorectomia e linfadenectomia axilar, seguida de quimioterapia e radioterapia adjuvantes em 1995, além de tratamento hormonal (Citrato de tamoxifeno) por cinco anos. Durante seguimento oncológico, exame mamográfico identificou nova lesão tumoral, sendo, portanto, realizada mastectomia à direita em 2015. O anatomopatológico evidenciou CDI (subtipo luminal B). Desde então, permanece em uso de nova terapia hormonal (Anastrozol). Paciente assintomática, em bom estado geral, foi submetida a tomografia e ressonância magnética de abdome em 2017 como parte do seguimento oncológico, que evidenciou nódulo de aspecto heterogêneo em adrenal esquerda, medindo 2,9 x 2,1 cm, compatível com implante secundário. Foi optada pela realização de adrenalectomia videolaparoscópica à esquerda, por suspeita de metástase única. Houve boa evolução, com alta no 1º dia de pós-operatório. Anatomopatológico confirmou metástase de CDI, com margens cirúrgicas livres. Paciente aguarda resultado de imunohistoquímica e segue em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Casos de metástase solitária de neoplasia de mama representam uma pequena parcela dos portadores desta neoplasia (cerca de 3%) e geralmente estão associadas ao subtipo lobular infiltrativo, num contexto de metástases sincrônicas em múltiplos órgãos. A maioria dos pacientes com metástase adrenal única têm como sítio primário pulmão, rim ou melanoma, sendo tais metástases em geral assintomáticas, representando cerca de 3% dos tumores adrenais. O manejo desta condição ainda é controverso, mas há evidências de aumento da sobrevida global com terapia radical para doença metastática isolada, sendo preferível a adrenalectomia por via videolaparoscópica devido a menor incidência de dor no pós-operatório e menor perda sanguínea, com consequente diminuição da morbidade e tempo de internação hospitalar.

113
ACHADO INCIDENTAL DE TUMOR CARCINOIDE EM INTESTINO DELGADO - RELATO DE CASO

FERNANDA COUTINHO KUBASKI, FELÍCIA ROBERTA SÁ BRITTO ANTUNES, LAURA ZAGO MUNHOZ, FLÁVIA PIROLI, SÉRGIO FERREIRA DE FERREIRA FILHO, CAMILA LIMA RIBEIRO, CÉLIA GONÇALVES e JULIANE DA SILVA NEMITZ

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Introdução: Tumores carcinóides são neoplasias neuroendócrinas bem diferenciadas, com incidência crescente, que oscila entre 2 e 4 casos por 100.000 habitantes, sendo o trato gastrointestinal (73,7%) o sítio de maior acometimento, seguido pelo sistema respiratório (25,1%). No aparelho digestivo, os principais órgãos afetados são intestino delgado, apêndice cecal e reto. A sintomatologia varia de acordo com o perfil de produção endócrina e com a localização do tumor, o que gera dificuldades para que se efetue um diagnóstico baseado no quadro clínico. É rara a hipótese pré-operatória de tumor carcinóide, sendo o diagnóstico em geral feito por análise histológica de lesões de natureza a esclarecer, no período pré ou pós-operatório. **Relato de caso:** Paciente E.N.O., feminina, 79 anos, com história de dor abdominal e sangramento anal, traz ao serviço colonoscopia evidenciando doença diverticular colônica e lesão vegetante suboclusiva em sigmóide, com diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma bem diferenciado. Realizada retossigmoidectomia – Cirurgia de Hartmann, durante laparotomia foi identificado divertículo em íleo, com lesão nodular distal, sendo a lesão ressecada com margens. Paciente teve boa evolução no pós-operatório, sem intercorrências clínico-cirúrgicas, recebendo alta hospitalar. Resultado do anatomopatológico foi adenocarcinoma bem diferenciado de cólon associado a tumor carcinóide de intestino delgado (1,1x0,8x0,6cm), sem atipias e mitose, com margens de ressecção livres. Paciente foi então encaminhada para seguimento com o serviço de oncologia clínica. **Conclusão:** Os tumores carcinóides são neoplasias do sistema celular neuroendócrino difuso, com baixa velocidade de crescimento e metastatização, que quando no cólon costumam gerar sintomas tardiamente, o que torna rara a hipótese pré-operatória de tumor carcinóide. No caso apresentado, o tumor carcinóide foi achado acidentalmente e ressecado durante uma laparotomia para tratamento de neoplasia de cólon. O tratamento de escolha em geral é a ressecção cirúrgica, sendo o prognóstico dependente do grau de diferenciação tumoral.

117
HÉRNIA DE SPIEGEL - RELATO DE CASO PACIENTE OPERADO NO HOSPITAL ESCOLA DE VALENÇA

BRENO BARROS ALVES, JAIR JONATHAN DE SÁ SILVA, ANA CLÁUDIA AGUIAR ALVES ARAÚJO NERI, CARLOS AUGUSTO MARQUES BATISTA, JOAQUIM FERREIRA DE PAULA, ANNA LUISA AGUIAR GUIMARÃES e DANIELI SALES LUZ

HELGG

INTRODUÇÃO

A hérnia de Spiegel é uma entidade cirúrgica rara e benigna, geralmente associada ao esforço físico e com sintomas algícos característicos mais comumente referidos pelo paciente, sendo menos comum cursarem com tufefação. Apresentam caso clínico pouco esclarecedor e com risco real de se transformarem em uma emergência. É uma doença de difícil diagnóstico, não sendo incomum a necessidade de complementação com exame de imagem. Por cursarem com anel herniário estreito na maioria dos casos e o alto risco de estrangulamento, é de indicação cirúrgica absoluta. Pode ser abordada por via anterior, com ou sem inserção de tela, ou por via laparoscópica. Este artigo tem o objetivo de descrever o caso clínico de uma hérnia rara com ênfase nos seus aspectos clínicos, diagnósticos, terapêuticos e resultado pós-operatório alcançado.

RELATO DE CASO

Homem de 77 anos de idade deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Escola Luiz Giosseff Jannuzzi com quadro de dor abdominal em quadrante inferior direito, sem irradiação, iniciado após realização de esforço físico na tentativa de elevar uma tora de madeira. Apresentou ainda episódio de náusea e vômito associado, fato o qual o levou a imaginar que pudesse ter ingerido algum alimento de procedência duvidosa. Como os sintomas algícos permaneceram e progrediram de intensidade, o paciente procurou a unidade onde foi realizado tomografia computadorizada de abdome e diagnosticado conteúdo herniário pela aponeurose de Spiegel. Sendo indicado laparotomia e correção cirúrgica da hérnia.

CONCLUSÃO

Apresentamos um caso onde o paciente cursou de forma aguda com tufefação e dor em FID por encarceramento do conteúdo herniário.

O diagnóstico de HS pode ser difícil, podendo ser necessário recorrer a exames de imagem. Este caso descrito reitera a importância de um alto nível de suspeição perante a clínica de dor ao longo da aponeurose de Spiegel, em particular se for localizada inferiormente ao umbigo, e da necessidade de tomografia computadorizada para o diagnóstico.

A Hérnia de Spiegel deve ser sempre tratada cirurgicamente devido ao alto risco de encarceramento do conteúdo herniado. A técnica laparoscópica requer treinamento e parece mostrar-se vantajosa quanto à estética assim como diminui o risco de complicações e o tempo de internação, porém, sem estudos que comprovem o menor índice de recidiva, portanto a abordagem por via anterior também é segura e eficaz no tratamento da HS.

118

RELATO DE CASO: SÍNDROME COLESTÁTICA CAUSADA POR LINFOMA DE CÉLULAS B

ISABELA MARIA VICENTE GONÇALVES, GUILHERME DIAS BONADIRMAN e CHRISTINA ALBUQUERQUE GONÇALVES DE SOUZA

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Introdução

Linfomas são doenças neoplásicas do sistema imune com origem em linfócitos B, T ou NK associados ao crescimento de massas tumorais. Podem ser divididos em de Hodgkin quando se identifica células de Reed-Sternberg ou não Hodgkin, que ainda podem ser subdivididos a partir de suas características morfológicas, clínicas, imunológicas e genéticas para melhor abordagem diagnóstica e terapêutica.

Relato do caso

Homem, branco, 69 anos, relata que há 4 meses sofre de inapetência que resultou em perda de 17kg, dores nos flancos, hipocôndrio direito e membros inferiores, e febres recorrentes superiores a 38°C associadas a sudorese e vômitos. Na última semana evoluiu com colúria e posteriormente icterícia. Segundo a esposa, o paciente apresentou há 4 anos quadro semelhante, mas sem icterícia, quando foi diagnosticado e tratado para infecção por Citomegalovírus. No exame físico o paciente apresentava icterícia (3+/4), hipocorado (2+/4), dor à palpação profunda do abdome difusamente, vesícula palpável e dolorosa e linfonodomegalia dolorosa em região inguinal bilateral.

A TC contrastada de abdome identificou um aumento da cabeça do pâncreas com densidade heterogênea, pequena quantidade de líquido livre na pelve e múltiplas linfonodomegalias retrocrural, periaórticas e obturadora direita.

O paciente foi abordado cirurgicamente por uma laparotomia exploradora, através de uma incisão xifopúbica, que identificou uma vesícula com pontos de necrose, linfonodos aumentados em mesentério e hepático comum de tamanho aumentado. Foi realizada colecistectomia e colangiografia intraoperatória, que encontrou massa comprimindo o cólecodo extrapancreático, com cólecodo intrapancreático normal, com contraste no duodeno. Foi realizada biledigestiva em Y de Roux com anastomose hepaticojuno. Foi enviado material para histopatológico que diagnosticou como Linfoma de Células B com marcadores CD20+ e CD15+. O paciente foi transferido para tratamento em hospital especializado.

Conclusão

O paciente em questão apresentava quadro síndrome consumptiva associada à síndrome colestática que levou a hipóteses diagnósticas de neoplasia de pâncreas e linfoma. O diagnóstico final só foi possível com a biópsia histopatológica.

Por poder causar quadros clínicos diversos a depender do tipo de Linfoma, da localização que compromete e do estágio de evolução da doença, essa neoplasia deve ser considerada como diagnóstico diferencial para muitas patologias.

119

IMPLEMENTAÇÃO DE UMA REFERÊNCIA TEÓRICO-PRÁTICA NA DISCIPLINA DE TÉCNICA OPERATÓRIA

RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI, THIAGO MARINHO CASAGRANDE, LUIZ ALVES DA SILVA NETO, ANDRÉ LIMA JORDÃO, LÍVIA PONTARA, JOÃO CARLOS NEPOMUCENO GONÇALVES, RODRIGO ZON SOARES e LEANDRO JOSE KRAUSE BINDA

UNESC / HOSPITAL MATERNIDADE SÃO JOSÉ

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. Sendo assim, é de fundamental importância que os alunos familiarizem-se com diversos procedimentos ou rotinas que estão presentes na grande maioria dos atos operatórios. Todos devem ser capazes de participar habilmente de um ato operatório, ao menos aqueles de pequeno, e até de médio porte, quer seja como cirurgiões ou como auxiliares. Diversos desses 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: Implementar uma referência própria teórico-prática na disciplina de técnica operatória

Resultados: O conteúdo da disciplina em questão, visa fornecer ao aluno fundamentos teóricos e práticos dos princípios de técnica operatória e cirurgia experimental básica, tendo como bases bibliográficas de estudo várias referências, que para primeiro contato do acadêmico com o tema pode causar alguns vieses, pelo fato de serem muito específicas para suas áreas, não sendo muitas das vezes abrangente, ou mesmo não apresentando o tema de uma maneira mais didática e prática. Por esse motivo, após observação realizada entre docentes da disciplina em questão, houve essa necessidade de elaboração de uma referência própria para embasar e dar um direcionamento aos alunos nos estudos, objetivando demonstrar comparativamente na visão dos professores, a evolução da performance dos alunos que estão cursando a disciplina embasados numa referência, comparados aos alunos que não obtiveram uma referência bibliográfica direcionada para estudo.

Conclusão: A instituição, além de fornecer a seus alunos o conhecimento médico apropriado, propiciar-lhes a iniciação científica, motivo este que impulsionou como conclusão da pesquisa, a elaboração do livro-texto como embasamento teórico solidificado da disciplina de Técnica Operatória no currículo do curso de medicina da referida instituição, preenchendo assim uma grande lacuna na formação dos alunos, com registro da obra no ISBN

120

GASTRECTOMIA VERTICAL VIDEOLAPAROSCÓPICA: TRATAMENTO DE OBESIDADE GRAVE EM PACIENTE - RELATO DE CASO

JORGE MIGUEL HAUAT ELIAS DE CASTRO, MANUELLA DE SOUSA MONSORES, CAIO BIDES PALAIO, JOSÉ LUIZ DE LACERDA JUNIOR, FILIPPO RESENDE CARLETTI e LORENA LOPES DE PAULA

Introdução: Com base em dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o sobrepeso de adultos no Brasil passou de 51% em 2010 para 54,1% em 2014. Houve também aumento no número de obesos, alcançando 20% dos brasileiros em 2014, sendo encontrada maior prevalência entre as mulheres. Sabemos que a obesidade está relacionada a uma maior chance de desenvolver um conjunto de comorbidades, dentre elas hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e esteatose hepática, e por isso deve ser tratada.

Em determinados casos, a cirurgia bariátrica tem forte indicação, como em pacientes com obesidade grave, de IMC maior ou igual a 40%, até pacientes com obesidade moderada, de IMC maior ou igual a 35%. A cirurgia bariátrica pode ser classificada em três grupos com base nas alterações anatômicas: restritiva, restritiva mal absorviva e mal absorviva.

A gastrectomia vertical, também denominada como 'sleeve gástrico', pode ser realizada por videolaparoscopia e tem caráter restritivo, e está associada a perda importante de peso, ela é um procedimento tecnicamente mais simples que as de caráter restritivo mal absorvivo, associado a menor tempo de cirurgia e à redução das complicações pós-operatórias precoces e tardias, além de ser uma intervenção segura que, segundo estudos, permitiu alcançar bons resultados no tratamento da obesidade não só em termos de perda de peso, mas também de melhoria da doença associada e da qualidade de vida.

Relato do caso: Paciente de 32 anos, sexo feminino, apresenta quadro de obesidade grave associado à HAS, DM 2, Esteatose Hepática leve, Dislipidemia, sendo indicado Cirurgia Bariátrica, e o método escolhido foi de gastrectomia vertical videolaparoscópica, cirurgia de caráter restritivo, onde foi realizada dissecação da grande curvatura gástrica do piloro até os vasos curtos do estômago e grameamento gástrico do antro em direção ao fundo gástrico, recebendo alta para casa com recomendações no segundo dia de pós-operatório, evoluindo sem complicações.

Conclusão: A gastrectomia vertical é considerada método seguro e eficaz na perda de peso em obesos mórbidos, com poucas taxas de complicações e vem sendo utilizada com maior frequência no tratamento de pacientes obesos. Essa técnica apresenta vantagens tanto para o cirurgião quanto para o paciente que a realiza.

122

PANCREATOESPLENECTOMIA CORPO-CAUDAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM TUMOR NEUROENDÓCRINO

BERNARDO NOGUEIRA LIMA DE FIGUEIREDO, VANESSA ARECO MOURA DA SILVA, FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON PEREIRA DE CASTRO, JOAQUIM RIBEIRO FILHO e MARCIO JOSÉ JAMEL

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO (UFRJ)

INTRODUÇÃO: Embora a incidência anual descrita nos EUA seja estimada entre 2 - 5 casos por 100.000 habitantes, relatórios mais atuais revelam um aumento da incidência dos tumores neuroendócrinos (TNEs); isso junto à sua maior sobrevida e prevalência em relação aos adenocarcinomas gástricos e pancreáticos, traduz-se hoje em uma maior importância no estudo desta doença. A enucleação e a pancreatectomia distal são opções cirúrgicas apropriadas para a maioria dos casos. O presente trabalho trás o relato de caso em vídeo de uma paciente submetida à pancreatectomia distal laparoscópica por tumor neuroendócrino.

RELATO DO CASO: Paciente 62 anos iniciou quadro de hiporexia associado à perda de peso de 4kg em 6 meses e dor abdominal tipo cólica em epigastro com irradiação para dorso. Ao exame apresentava-se hipocorado 2+/4+ com exame abdominal não demonstrando alterações. TC de abdome demonstrando lesão nodular 2 cm hipocaptante em cauda de pâncreas. Ecoendoscopia mostrava lesão sólida com captação presente ao doppler. Realizada PAAF, cujo citopatológico foi inespecífico. CA19.9 sérico 212. Indicada ressecção laparoscópica, ocorrida sem intercorrências. Histopatológico confirmando carcinoma neuroendócrino de pâncreas com imunohistoquímica positiva para os marcadores sinaptofisina e cromogranina A; Ki-67>20%. Recebeu alta no 7º dia pós-operatório, sem intercorrências. Paciente encontra-se em 9º mês de pós-operatório assintomática, em acompanhamento cirúrgico e oncológico.

CONCLUSÃO: Os tumores neuroendócrinos são considerados raros. Cerca de metade dos TNEs são classificados clinicamente como não funcionais e não produzem síndromes específicas. Os TNEs pancreáticos não funcionais, como no caso, mostram malignidade em até 92% dos casos. A cirurgia é considerada a única modalidade curativa, com aumento de sobrevida mesmo na doença metastática. A sobrevida em cinco anos é de cerca de 55% quando os tumores são localizados e ressecados, mas apenas cerca de 15% quando os tumores não são ressecáveis. Dentre as opções, destacam-se a gastroduodenopancreatectomia, pancreatectomia distal e enucleação tumoral. Abordagem laparoscópica pancreática vem mostrando em estudos recentes redução no tempo de internação hospitalar e na perda de sangue intraoperatória em relação à abordagem convencional, com resultados similares quanto à adequação oncológica.

123

HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO DE PACIENTE DO SEXO FEMININO COM APENDICITE AGUDA

ERICK COELHO VALADARES, VINICIUS PACHECO FERNANDES DA SILVA, FERNANDA MATHIAS AGUIAR DA SILVA, IAN DAMAS VIEIRA, ALEXANDRE TEIXEIRA DE ALMEIDA, ISADORA LISBOA SENA, LUIZ HENRIQUE JARRA MARTINS e CAMILA VEIGA BARBOSA

FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS

Introdução: A hérnia de Amyand tem como definição um apêndice inflamado ou não dentro do saco em uma hérnia inguinal, correspondendo a 1% de todas as hérnias inguinais e 1% dos casos de apendicite. A doença é mais comum no sexo masculino, correspondendo a 94% de todos os pacientes. Uma vez que seu quadro clínico é semelhante ao quadro clínico das outras hérnias inguinais, seu diagnóstico é intraoperatório. **Caso Clínico:** O caso relatado a seguir apresenta uma paciente de sexo feminino de 39 anos que deu entrada no Hospital Alcides Carneiro, em Petrópolis-RJ, com queixa de dor pélvica e tumoração em região inguinal. Ao exame físico, foi suscitado de hérnia inguinal encarcerada, sendo submetida então a laparotomia exploradora. Durante a intervenção foi evidenciado bloqueio de fossa ilíaca direita por pequeno abscesso em trompa direita, após liberação do bloqueio, foi observado apêndice vermiforme herniado em anel inguinal interno que se apresentava edemaciado, hiperemiado e com perfuração. O diagnóstico intraoperatório foi de hérnia de Amyand, classificada como tipo III segundo Losanoff e Basso, e tipo C segundo Fernando e Leelaratre, sendo então realizado apendicectomia com herniorrafia aberta. **Conclusão:** Por fim observamos um caso incomum de hérnia de Amyand em uma paciente feminina, e a importância de novos relatos de caso para a produção de melhores revisões e estabelecer condutas diagnósticas e terapêuticas.

124

DIVERTÍCULO DE MECKEL COM LITIASE CAUSANDO OBSTRUÇÃO: RARA APRESENTAÇÃO

VICTOR CHULUK SILVA SOARES, GABRIEL DA SILVA MORFIN, ARTUR MEDEIROS ALVARES DA SILVA, JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH, SUZAN MENASCE GOLDMAN, ISABEL BUTTER AMIM, FRANCISCO PIMENTA MARQUES e MURILLO JOSÉ CASTRO SALVATO

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL / SP

O Divertículo de Meckel (DM) é uma anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal. Decorre da obliteração incompleta do ducto vitelínico que resulta na formação de um divertículo verdadeiro do intestino delgado. Geralmente é insidioso e, quando sintomático, cursa com sangramento ou obstrução intestinal. Este sumário aborda o quadro de uma paciente feminina de 47 anos que deu entrada neste serviço com dor abdominal de etiologia indeterminada, associada a náuseas, vômitos e alteração do hábito intestinal. No intraoperatório, diagnosticou-se DM associado a hérnia interna.

125

RECONSTRUÇÃO PALPEBRAL INFERIOR PÓS-RESSECÇÃO TUMORAL

FELIPE ROMANO GONÇALVES CARVALHO, IAN DAMAS VIEIRA, ESTEVÃO CONTAGE AMIN e SÉRGIO LUIZ CARDOSO MACIEL FILHO

FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS

Introdução: Os tumores da pálpebra são relativamente comuns. Normalmente acometem pacientes idosos na faixa etária de 50 aos 70 anos, sendo sua ocorrência em menores de 40 e maiores que 80 anos remota. Seu principal tipo histológico é o carcinoma basocelular (CBC) com sua maior ocorrência na região da pálpebra inferior. A radiação ultravioleta é o principal fator de risco para o desenvolvimento deste tumor. Particularmente sua incidência aumenta quanto maior for o desequilíbrio entre a exposição ao fator de risco e a proteção cutânea. Sendo assim, indivíduos de pele clara possuem uma maior suscetibilidade para esses tumores. Outros fatores associados à gênese da lesão são: história familiar positiva, ingestão deficiente de vitaminas e dieta rica em gordura. **Relato de caso:** R.B., sexo feminino, branca, 54 anos encaminhada pela Dermatologia com lesão cutânea englobando cerca de 70% da pálpebra inferior direita, sugestiva de epiteloma basocelular. Não havia diagnóstico histopatológico. Ao exame físico observava-se lesão perolada, com crostas, atingindo o terço médio do bordo ciliar da pálpebra inferior direita e medindo cerca de 3 cm. Ainda que clinicamente sugerisse epiteloma basocelular, não se apresentava claramente como tal e, portanto, foi programada biópsia incisional a ser realizada com paciente internada, para imediata resolução, caso se comprovasse a neoplasia pelo exame de congelação. Confirmou-se basocelular e após plena ressecção apresentou perda de cerca de 5 cm da pálpebra, em toda sua espessura, permanecendo íntegro apenas segmento de pouco mais de 1 cm que incluía o ponto lacrimal. Era necessária a reconstrução palpebral desde sua porção cutânea até a mucosa. Idealizou-se a associação de um enxerto condro-cutâneo, removido da concha auricular direita, visando recomposição de mucosa e placa tarsal, com a cobertura cutânea sendo efetivada por meio de um retalho miocutâneo da pálpebra superior direita, de pedículo lateral. **Conclusão:** A taxa de mortalidade devido ao CBC localizado na pálpebra inferior é baixa e está relacionada com a invasão intracraniana dos tumores que não foram tratados adequadamente ou foram negligenciados. O diagnóstico precoce destas lesões reduz a morbidade e as recorrências. No relato podemos observar o seguimento de uma lesão suspeita que foi manejada de forma rápida, na sua identificação e resolução, mostrando como uma opção viável e de bom resultado a reconstrução palpebral associada ao enxerto condro-cutâneo.

126

ACURÁCIA E PAPEL DA ULTRASSONOGRAFIA ENDOSCÓPICA NO ESTADIAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO DO CÂNCER GÁSTRICO

BERNARDO NOGUEIRA LIMA DE FIGUEIREDO, VANESSA ARECO MOURA DA SILVA, FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON PEREIRA DE CASTRO e GUILHERME PINTO BRAVO NETO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO (UFRJ)

Introdução: A avaliação pré-operatória acurada da invasão local tumoral e linfonodal (estadiamento T e N) no câncer gástrico é crucial para o planejamento terapêutico e indicação de tratamentos menos invasivos. A ultrassonografia endoscópica (USE) é considerada o exame mais acurado para esse estadiamento. Apesar disso, novos estudos têm reportado acurácias globais incongruentes da USE para o câncer gástrico, variando de 56,9 a 87,7%; para estágio T1 mostra-se uma variação de acurácia entre 14 e 100%; e questiona-se até a superioridade da USE em relação à endoscopia convencional.

Objetivo: Determinar a acurácia da ultrassonografia endoscópica (EUS) na avaliação da profundidade de invasão local e linfonodal de pacientes com diagnóstico de câncer gástrico e a confiabilidade deste método para indicar ressecções menos invasivas e com menor morbimortalidade. Visa-se ainda a comparação dos achados com as atuais evidências científicas encontradas na literatura médica.

Métodos: Estudo retrospectivo que identificou 16 em 174 pacientes com diagnóstico de câncer gástrico acompanhados pelo Departamento de Cirurgia Geral de hospital, entre janeiro de 2007 e junho de 2018, que obtiveram estadiamento T1 e T2 confirmado por exame histopatológico, e que realizaram USE no estadiamento pré-operatório. Os dados utilizados foram coletados através de prontuário eletrônico da própria instituição e incluíram análise demográfica e dados clínico-patológicos.

Resultados: A acurácia global da USE para o estadiamento T no presente estudo foi de 31,3%, sendo a superestimação o erro mais comum (correspondendo à 56% do total de casos). Para o estágio T1 a acurácia foi de 38,5%. Já em relação ao estadiamento N, o USE mostrou acurácia de 69%. A modalidade cirúrgica escolhida pode ser considerada inadequada (12,5%) e mais invasiva que o necessário (37,5%), relacionado ao estadiamento TNM, em 50% dos casos, com íntima relação ao USE e estadiamento T e N pré-operatório não acurados.

Conclusão: A determinação do estágio T e N pré-operatório pela ultrassonografia endoscópica é significativamente insuficiente, uma vez que apresenta acurácia deficiente e altas taxas de super/subestimação. Fatores como características físicas e histológicas da lesão devem ser considerados também no planejamento terapêutico. Estudos multicêntricos e o avanço técnico relacionados à USE serão essenciais para superar as atuais limitações do método e disponibilizar maior adequação terapêutica no câncer gástrico.

127

DOENÇA CÍSTICA DAS VIAS BILIARES: RELATO DE CASO

LUIZA DE OLIVEIRA BARBOSA COUTINHO, RICARDO DOS SANTOS VASCONCELOS, LUCIANA CRETTON RIZZO, MARIA LAURA BARBIN LUCAS, LUANA FRAGA TORRES DE OLIVEIRA, MATHEUS DIAS BARCELOS COUTINHO, LEONARDO DAUMAS PORTO e RODRIGO GONÇALVES BORGES FELIPE

Doença Cística das Vias Biliares: Relato de Caso.

Introdução

Os cistos da via biliar são uma anomalia congênita na qual uma ou mais porções da via biliar sofrem dilatação cística permanente. É usada a Classificação de Todani para categorizar as diferentes apresentações da doença na árvore biliar. A tríade clássica de icterícia, dor em quadrante superior direito e massa palpável está presente em uma minoria dos casos. O diagnóstico pode ser estabelecido com ultrassonografia ou tomografia computadorizada (TC), é necessária Colangiografia para determinar o tipo de cisto de cóledoco e planejar tratamento específico, a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é útil para definir a anatomia ductal distal e a presença de junção anômala do ducto pancreático com o ducto biliar

Relato do Caso

Paciente de 48 anos, sexo feminino com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito (HD), nega febre. Ao exame apresentava bom estado geral, anictérica, abdome doloroso à palpação em HD, sem sinais de peritonite. Laboratório demonstrou aumento de transaminases em 5 vezes o valor de referência. O ultrassom de abdome total do dia da admissão evidenciou um colédoco com 2 cm de diâmetro e cálculo de 2,5 cm em seu interior. Foi solicitada uma Colangiorrressonância com o seguinte laudo: espessamento inespecífico da região fúndica da vesícula biliar, pólipos na vesícula biliar, dilatação cística das vias biliares direita e esquerda, bem como do hepatocóledoco, sugerindo cistos biliares, classificação de Todani IV. Para avaliação da via biliar com precisão para definir a melhor abordagem cirúrgica, foi solicitada uma CPRE, durante o procedimento foi feita uma janelada duodenal, porém sem sucesso. No pós-operatório a paciente evoluiu com hipotensão e TC de abdome evidenciou ar em retroperitônio à direita, dissecando rim e cápsula hepática e pneumoperitônio moderado, laboratório com amilase de 1002 U/L. Foi mantida dieta zero, sonda nasogástrica em sifonagem e antibióticoterapia com Piperacilina e Tazobactam.

Conclusão

O tratamento dos cistos da via biliar é sempre cirúrgico visando evitar o risco de colangiocarcinoma, carcinoma de vesícula ou cirrose biliar secundária. Nas classificações de Todani I, II e IV preconiza-se a realização de colestectomia, ressecção das lesões císticas e dos ductos extra-hepáticos com reconstrução com derivação bileodigestiva (hepaticojejunostomia em Y de Roux), podendo ser necessária ressecção hepática no tipo IV.

129

A DISSECÇÃO: SUA CONTRIBUIÇÃO NO APRIMORAMENTO DAS HABILIDADES CIRÚRGICAS

RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI, LÍVIA PONTARA, JOÃO CARLOS NEPOMUCENO GONÇALVES, ANDRÉ LIMA JORDÃO, THIAGO MARINHO CASAGRANDE, LUIZ ALVES DA SILVA NETO, LEANDRO JOSE KRAUSE BINDA e EVANDRO INACIO DOS SANTOS

UNESC / HOSPITAL MATERNIDADE SÃO JOSÉ

INTRODUÇÃO - O ato de observar, a descoberta, o adestramento manual e a comparação do normal com o anormal conferem a esta técnica de ensino potencialidades únicas não suplantadas por qualquer outro método, por mais perfeito que seja. Com efeito, estes são impessoais e carecem de algo fundamental a quem aprende medicina: REALISMO E HUMANIDADE. E na cirurgia, a destreza.

OBJETIVO GERAL - Demonstrar a dissecação como método de autoaprendizagem por excelência na prática cirúrgica.

METODOLOGIA - Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa, sendo por base uma revisão da literatura especializada, realizada entre fevereiro de 2014 e dezembro do mesmo ano, no qual realizou-se uma consulta a livros e periódicos presentes na Biblioteca da instituição e por artigos científicos selecionados através de busca no banco de dados do Scielo e da Bireme, a partir das fontes Medline e Lilacs. A pesquisa dos artigos foi realizada entre setembro e dezembro de 2014. A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido a partir do Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine, que permite o uso da terminologia comum em português, inglês e espanhol. 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 aprimora habilidades cirúrgicas, instrui acerca de patologias e ensina questões morais, seja no contato com o "primeiro paciente" (o cadáver) seja na reflexão sobre a condição humana. Sendo assim, o uso de animais vem sendo admitido por algumas instituições, para aprendizado inicial de algumas técnicas básicas de dissecação e não tendo essa vivência, os acadêmicos continuarão seu aprendizado no doente muito do que poderia e deveria ter sido feito no Teatro Anatômico. Em resumo, conhecimentos anatômicos adquiridos apenas em situações clínicas concretas sugerem menor eficiência do que quando são conjugados à dissecação.

CONCLUSÃO - Estudantes que praticam a dissecação 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 dissecação, mesmo que em modelos animais.

128

RELATO DE INTERCÂMBIO EM CIRURGIA GERAL: CONTRIBUIÇÕES DA EXPERIÊNCIA PARA FORMAÇÃO DISCENTE

RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI, EVANDRO INACIO DOS SANTOS, LEANDRO JOSE KRAUSE BINDA, THIAGO MARINHO CASAGRANDE, ANDRÉ LIMA JORDÃO, JOÃO CARLOS NEPOMUCENO GONÇALVES, LÍVIA PONTARA e LUIZ ALVES DA SILVA NETO

UNESC / HOSPITAL MATERNIDADE SÃO JOSÉ

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.

OBJETIVOS - Descrever a experiência de estudante de graduação de medicina em Programa de intercâmbio internacional na Europa.

MÉTODOS - O intercâmbio deu-se por meio de concessão do Programa de Coordenação Local de Estágios e Vivências do Centro Universitário referido, via Diretório Acadêmico, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Federação Internacional dos Estudantes de Medicina (IFMSA) e a Universidad Magna Graecia Catanzaro/Itália. Foi desenvolvido no período de novembro e dezembro de 2016, junto aos Programas de Graduação e de Pós-Graduação do departamento de Cirurgia Geral da universidade supracitada.

RESULTADOS - Durante o processo, foi possível a participação como ouvinte de cursos oferecidos na grade curricular da Graduação e Pós-Graduação, bem como atividades extracurriculares de pesquisas, palestras, visitas a centros de saúde e outras. Estas atividades proporcionaram a vivência com estudantes, docentes e profissionais de centros de referência da Itália, Alemanha e de outros países. Estas vivências despertaram a reflexão crítica da realidade política e prática brasileira que ainda é incipiente em várias questões abordadas. Essas discussões são fundamentais para tornar o profissional médico apto a lidar com situações que proporcionam um cuidado especializado, humanizado e específico para as demandas de cada paciente e patologia em questão. Dessa forma, a participação nesse programa de intercâmbio internacional contribuiu para o crescimento pessoal e acadêmico dos envolvidos. Por meio do contato com pesquisadores, profissionais e estudantes de diferentes países, pode-se vivenciar a medicina no mundo acadêmico de uma importante universidade Europa.

CONCLUSÃO - O compartilhamento dessa experiência tem o propósito de instigar estudantes de graduação em medicina e de outras áreas a participarem da seleção da IFMSA como uma oportunidade de mobilidade acadêmica internacional, assim como o interesse e a possibilidade de repetir a experiência durante a pós-graduação

130

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR ANGIODISPLASIA DE RAMO JEJUNAL: RELATO DE CASO

VICTOR CHULUK SILVA SOARES, JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH, ARTUR MEDEIROS ÁLVARES DA SILVA, ISABEL BUTTER AMIM, DENIS SZEJNFELD, PAULA SILVA LUSTOSA, FRANCISCO PIMENTA MARQUES e BRUNO CESAR DIAS

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL / SP

Angiodisplasias são malformações vasculares que representam menos de 6% dos casos de hemorragia gastrointestinal, podendo ser achados acidentais em exame endoscópico ou levar a manifestações clínicas como hematocúria, melena ou sangue oculto nas fezes. Neste sumário, relatamos o caso de um paciente masculino de 63 anos, que apresentou sangramento de origem obscura durante 1 semana, com repercussão hemodinâmica. A origem do sangramento foi identificada por angiotomografia, sendo diagnosticado com angiodisplasia e submetido a tratamento por embolização super-seletiva do ramo afetado.

131

HÉRNIA INTERNA PÓS-GASTROPLASTIA EM Y DE ROUX EM PACIENTE GRÁVIDA

REBECA CORYNE MAGALHÃES SAD MEDINA, RENATO ABRANTES LUNA e VITOR YU ZHU

UNIRIO

Introdução: A cirurgia bariátrica é uma das mais realizadas na atualidade, sendo o bypass gástrico em Y de Roux (BGYR) a técnica mais tradicional. Entretanto, tem como consequências a alteração da anatomia abdominal e a criação de novos espaços (Espaço de Petersen e Espaço mesentérico), o que colabora para o desenvolvimento de hérnia interna (HI).

Relato de caso: Paciente feminino, 33 anos, grávida, 22ª semana de gestação, história de BGYR prévio com perda de 30kg. Queixa de dor abdominal sem melhora por 3 dias subsequentes. Realizaram-se ultrassonografia e endoscopia digestiva alta, excluindo-se úlcera de anastomose e litíase biliar. Optou-se, então, por exploração abdominal por videolaparoscopia, revelando HI. Em tocólise por 3 dias no pós-operatório, sendo liberada no 4º dia. No 6º dia retornou com queixa de contrações e, no dia seguinte, ocorreu o parto prematuro. O recém-nascido veio a óbito.

Conclusão: Sabe-se que a HI é uma complicação que pode acometer pacientes submetidos ao BGYR. Isso porque essa técnica cirúrgica cria novos espaços na região abdominal, como o Espaço de Petersen e o Espaço mesentérico, por onde as alças intestinais podem migrar, causando a HI. Obstrução e consequente isquemia intestinal são possíveis desfechos.

O sintoma mais comum é a dor abdominal, que pode variar de intensidade, constância, crônica ou aguda e pode ser acompanhada por obstrução intestinal, necrose ou vôlvos. A Tomografia computadorizada (TC) é tida como padrão ouro para confirmação do diagnóstico, entretanto, é descartada em casos de gravidez. Estudo dirigido por Petersen (2016) demonstrou que dor epigástrica foi sinal de HI em dois terços das mulheres avaliadas submetidas anteriormente a BGYR e o diagnóstico final é confirmado por meio da cirurgia.

Uma solução para a redução da incidência de HI seria o fechamento desses espaços, evitando o seu desenvolvimento. No entanto, ainda não há consenso, visto que quando fechado, pode ocorrer retração intestinal. Segundo estudo conduzido por Al-Mansour (2015), fechá-los ou deixá-los abertos são procedimentos que não apresentam diferenças significativas. Inclusive, a incidência de HI se manteve alta, mesmo quando feito no espaço de Petersen. A HI é uma complicação comumente encontrada em pacientes com histórico de BGYR e que pode ser evitada. Acreditamos que os espaços mesentérico e de Petersen devam ser fechados sempre que possível.

132

FERIMENTO POR ARMA BRANCA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS NUM HOSPITAL DA BAIXADA FLUMINENSE

FELIPE DE OLIVEIRA BRITO QUEIROZ, PRISCILLA GARCIA DE ANDRADE, RITA ANIELE DE PAULA ROCHA, KRYSSIA DE OLIVEIRA BRITO DE QUEIROZ, GABRIEL ARAUJO FERRARI FIGUEIREDO, LETICIA PORTO DA SILVA e LUIZA ARAÚJO LOBO DE SOUSA

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU

Ferimento por arma branca (FAB) é um importante problema de saúde pública, pois sobrecarrega muito os serviços de emergência do País. Na América Latina 12% das mortes são por traumas violentos. As mortes por FAB correspondem no Brasil a 20,3% e 24% no contexto mundial em 2016.

O estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos atendimentos realizados pela Cirurgia Geral a vítimas de FAB num hospital de referência da Baixada Fluminense – RJ. As variáveis buscadas foram: sexo, idade, hora, dia da semana do atendimento, região afetada, número de internações e tempo de permanência no serviço. Estudo Ecológico, Descritivo, com abordagem Qualitativa, Retrospectivo com dados coletados do Sistema Integrado de Gestão, estando nos Boletins de Atendimentos (BAM) nos períodos de Janeiro de 2017 a Julho de 2018.

Identificamos 198 atendimentos por FAB, 153 do sexo masculino e 45 do sexo feminino, média de idade 36 anos. O dia da semana prevalente para atendimentos é o domingo (25,2%), seguido do sábado (22,7%). O período de maior entrada dos atendimentos é entre 19h às 7h (65,75%), embora o número de atendimentos durante o dia também possa sobrecarregar a equipe (34,3%). Destes 198 atendimentos, 83 necessitou de internações no serviço. Temos 77,3% do sexo masculino e 22,7% do sexo feminino. A média de idade para os internados foi de 34 anos. O período de internação foi de menos de 24h até 45 dias, com média 10 dias. Os locais mais acometidos foram: cabeça e pescoço 10,6%; tórax 35,1% sendo 25,5 tórax anterior e 9,5% tórax posterior e com 5,3% em precórdio; Abdome com 35,1%; Membros superiores 9,5% e inferiores com 4,2%. Dentre as complicações mais presentes temos Pnemo elou hemotórax 89%; e Eviscerações 11%. Tivemos 4 óbitos.

O estudo nos mostra uma prevalência de atendimentos em adultos jovens, sexo masculino, fim de semana e horário noturno. Os dados nos traduzem que os atendimentos por FAB tem significativa epidemiologia, havendo necessidade de intervenção não só na esfera da saúde, mas também em políticas sociais e de segurança pública.

O estudo nos permitiu traçar o perfil epidemiológico dos atendimentos das vítimas por FAB e servir de base para cirurgia geral para implantação de rotinas adequadas e alocação de recursos direcionados aos períodos de maior atendimento, propiciando uma melhora na condição de trabalho para os profissionais e um melhor atendimento as vítimas que buscam o serviço.

133

PSEUDOANEURISMA TARDIO DE ARTÉRIA GASTROCNÊMIA

CASSIA YUMI YAMAMOTO TAKANO, OTACILIO DE CAMARGO JUNIOR, GUILHERME CAMARGO GONÇALVES DE ABREU, MÁRCIA FAYAD MARCONDES DE ABREU, RAPHAEL DA COSTA GIUDICE NETO, TALITA DOS REIS RUBA, GIULIA VENDRAMINI FERREIRA e GIULIA REIS LONGHI ADAMI

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

Introdução: Pseudo-aneurismas ou falsos aneurismas são causados por rotura da parede arterial com extravasamento de sangue contido pelos tecidos vizinhos. A rotura parcial da parede do vaso impede retração e trombose das extremidades lesadas. Nessas condições, é frequente o sangramento ativo ou a formação de um pseudo-aneurisma quando a hemorragia é contida pelas estruturas musculoponeuróticas e o hematoma tem comunicação com a luz arterial, transmitindo pulsatilidade, podendo expandir-se progressivamente e comprimir estruturas vizinhas ou romper-se. Os pseudo-aneurismas traumáticos podem ser resultantes de traumas diretos, por projéteis ou instrumento perfurocortante, de traumas fechados, ou de iatrogenia por procedimentos como embolectomia, angioplastia e até mesmo por acupuntura. Nos pseudo-aneurismas traumáticos, pelo grande hematoma que em geral ocorre, a presença do pseudoaneurisma só é detectada tardiamente.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino de 15 anos diagnosticado com pseudoaneurisma artéria gastrocnêmia após apresentar hematoma e dor à compressão dos compartimentos adjacentes 15 dias após episódio de trauma no local. Foi submetido à cirurgia de exploração no local do hematoma com drenagem do mesmo e descoberta de corpo estranho no local. Observada secção parcial de artéria gastrocnêmia, sendo optado por ligaduras da mesma. Evoluiu sem queixas no pós-operatório, com pulsos distais palpáveis, diminuição do edema e melhora importante da dor.

Conclusão: Pseudoaneurisma de artéria gastrocnêmia é raro e geralmente são secundários a traumatismos locais ou por ferimentos perfuro-contusos. O vaso mais frequentemente acometido é a artéria femoral comum, que comumente é alvo de procedimentos invasivos diagnósticos ou terapêuticos. Pseudo-aneurisma de artéria gastrocnêmia é raro e etiologias diversas são relatadas na literatura.

134

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA COMPLEXO

CASSIA YUMI YAMAMOTO TAKANO, OTACILIO DE CAMARGO JUNIOR, GUILHERME CAMARGO GONÇALVES DE ABREU, PATRICIA YUMI SAKAMOTO, JULIA LUZO ELIAS THAME, FLAVIA MOREIRA DE GODOY, GIULIA REIS LONGHI ADAMI e GABRIELLA PAZZANESE BARREIRA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

INTRODUÇÃO: Os aneurismas de aorta abdominal são classificados como complexos quando acomete ao menos uma das artérias viscerais. Neste grupo são incluídos aneurismas justarrenais, suprarrenais e os aneurismas de aorta toracoabdominal tipo IV, com envolvimento de todos os ramos viscerais. Colos curtos ou angulados e o envolvimento aneurismático da aorta na origem das artérias viscerais constituem limitações anatômicas no tratamento endovascular. Para se vencer tais dificuldades foram desenvolvidas endopróteses com fenestrações ou ramificações, sendo considerado um tratamento minimamente invasivo para os aneurismas complexos.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino de 79 anos de idade, com várias comorbidades, foi diagnosticada com aneurisma de aorta abdominal de 6,6 cm de diâmetro com acometimento das artérias renais. Foi submetida a tratamento endovascular com colocação de prótese fenestrada e vem sendo acompanhada há oito meses sem complicações.

CONCLUSÃO: O desenvolvimento das próteses fenestradas e ramificadas veio para vencer as limitações anatômicas do tratamento endovascular, possibilitando a revascularização das artérias viscerais ao proporcionar uma zona de ancoragem adequada e mantendo a perfusão visceral com exclusão do saco aneurismático. O estudo pormenorizado das imagens da angiotomografia computadorizada é fundamental para o planejamento cirúrgico, devendo sempre se levar em consideração o risco cirúrgico do paciente.

135
GANGLIONEUROBLASTOMA NODULAR EM ADULTO JOVEM

GABRIELA DOS SANTOS DE CARVALHO LEGG, CAMILA GOMES DE SOUZA, LUCIANA CRETTON RIZZO, RODRIGO GONÇALVES BORGES FELIPE, CHARLES DEMITROV, LEON DO ESPÍRITO SANTO GOMES, PEDRO DE ANDRADE GUERRA e LUCIANA SOUZA DE ASSIS ROBERTO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAÉ

Ganglioneuroblastoma nodular (GNBn) é uma das neoplasias provenientes das simpátognias, células nervosas indiferenciadas da crista neural. Faz parte da família dos tumores neuroblásticos - neuroblastomas, ganglioneuroblastomas e ganglioneuromas. Os GNBn são potencialmente malignos e seus sítios primários são principalmente medula adrenal, retroperitônio extradrenal e mediastino posterior. A incidência é maior em lactentes, sendo raros em adultos jovens.

MCOR, 17 anos, sexo masculino, foi admitido em unidade hospitalar em outubro de 2017, com queixa de dor abdominal de forte intensidade associada a aumento do volume abdominal. Ao exame físico, constatou-se paciente emagrecido, com volumosa massa em região epi-mesogástrica de consistência endurecida, aderida a planos profundos, doloroso à palpação. Foi-se realizado uma Ressonância Magnética de Abdome evidenciando volumosa lesão expansiva heterogênea retroperitoneal, com epicentro envolvendo corpo e a cauda do pâncreas. Apresentando áreas de necrose e outras de hemorragia, envolvendo circunferencialmente o tronco celíaco, artéria esplênica, artéria hepática comum e artéria hepática própria, bem como a confluência porto mesentérica e a veia porta principal, ocluindo a veia esplênica e estenosando a veia renal esquerda, com colaterais venosas em espaço perirrenal esquerdo. Ocasionalmente também efeito de massa levando ao deslocamento do fígado à direita, esplenomegalia e compressão gástrica das regiões do corpo e antro gástricos. Linfonodomegalias comprometendo o retroperitônio, principalmente em situação pararenal à esquerda e no espaço perirrenal. A hipótese diagnóstica era de lesão de provável origem neoplásica. Foi submetido a ressecção cirúrgica da massa pararenal esquerda, para realização de histopatológico, evidenciando-se tumor neuroectodérmico primitivo, compatível com ganglioneuroblastoma nodular, pobremente diferenciado (<5% de células ganglionares maduras), de provável origem adrenal.

Apesar da baixa incidência em adultos o GNBn deve ser uma hipótese de diagnóstico diferencial para tumores do retroperitônio, e que por se apresentar indolente, o diagnóstico tardio configura em quadros de irrecrescibilidade cirúrgica e tratamentos limitados à quimioterapia.

Palavras chave: Ganglioneuroblastoma, Tumores Neuroectodérmicos Primitivos Periféricos, Neoplasia das Glândulas Suprarrenais

136
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES OPERADOS DE HÉRNIA DA PAREDE ABDOMINAL DE MARÇO A JUNHO DE 2018.

ISABELLE MARINHO ROZISKA, LUCAS MORENO PERLINGEIRO NUNES NETO e FRANCISCO EDUARDO SILVA

UNIGRANRIO

Introdução: As hérnias podem ser definidas como uma protrusão anormal de um órgão ou tecido por enfraquecimento, ruptura congênita ou adquirida através da parede abdominal, mantendo a pele e o peritônio íntegros. As correções cirúrgicas das hérnias da parede abdominal visam à prevenção de complicações como encarceramento e estrangulamento. O reparo cirúrgico pode minimizar as recorrências e diminuir as taxas de morbidade, proporcionando aos pacientes o retorno às suas atividades diárias normais e laborais com rapidez reduzindo o desconforto dos indivíduos sintomáticos.

Objetivos: Traçar o perfil epidemiológico dos pacientes operados eletivamente no período de março a junho de 2018 no programa "Mutirão de Cirurgia de Hérnia de Parede Abdominal" no Hospital Municipal Souza Aguiar, RJ.

Método: Foi realizado um estudo retrospectivo no banco de dados do centro cirúrgico dos pacientes submetidos à cirurgia eletiva de hérnia de parede abdominal no período de março a junho de 2018. Foram incluídos os pacientes operados eletivamente por hérnia de parede abdominal, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e excluídas as cirurgias de urgência ou emergência.

Resultados: Foram operados 267 pacientes, 48 mulheres e 219 homens, compatível com a literatura, a qual indica predominância no sexo masculino de cerca de 25:1. A idade variou de 18 à 85 anos. A localização das hérnias inclui: 17 pacientes com hérnia epigástrica, 88 pacientes com hérnia umbilical, 159 pacientes com hérnia inguinal, 03 pacientes com hérnias incisional e 01 paciente com hérnia inguinal bilateral. Dos pacientes com hérnia inguinal, 88 foram à direita e 67 à esquerda. A prótese para correção cirúrgica da hérnia foi utilizada em 157 pacientes. Houve uma reoperação para revisão da hemostasia em um paciente operado de hérnia inguinal.

A cirurgia mais realizada foi para correção da hérnia inguinal do lado direito, a incidência é compatível com a literatura e pode ser atribuído à demora da atrofia do processo vaginal após a descida mais lenta do testículo do lado direito para o interior da bolsa escrotal durante o período fetal. No sexo feminino, a hérnia umbilical foi mais comum, 27 pacientes. Na literatura a hérnia femoral é mais frequente em mulheres. Não houve tal diagnóstico nesse estudo.

Conclusão: A correção mais comum no sexo masculino foi das hérnias inguinais e nas mulheres, hérnia umbilical. A incidência em relação à idade foi maior nos indivíduos acima de 40 anos, com 213 pessoas operadas.

137
TORÇÃO PRIMÁRIA DE OMENTO COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO: RELATO DE UM CASO.

LUCAS BERTOLIN, HENRI LUIZ MORGAN e FERNANDA FREITAS FRANCA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

Introdução:

Torção do Grande Omento consiste na rotação deste sobre seu eixo resultando em comprometimento vascular, isquemia e necrose. Pode ser de ocorrência primária ou secundária a patologias abdominais como aderências, hérnias ou focos inflamatórios. Consiste em causa rara de abdome agudo, com poucos casos descritos na literatura, sendo a maioria na população pediátrica. Destaca-se pela sua apresentação clínica semelhante a outras causas de abdome agudo, principalmente com a Apendicite Aguda, sendo raro seu diagnóstico pré-operatório. Neste trabalho será relatado um caso de Torção Primária de Grande Omento em um paciente pediátrico.

Relato do Caso:

Paciente masculino, 8 anos, procurou atendimento no Pronto Atendimento com queixa de dor abdominal difusa há 7 dias, mais intensa em fossa ilíaca direita, acompanhada de anorexia, náuseas e vômitos. Ao exame físico afebril, abdome doloroso à palpação e com dor intensa à descompressão súbita em fossa ilíaca direita. Exame de urina sem alterações e leucograma com 13.240 células e 1% de bastões. Ecografia abdominal apresentando aumento da ecogenicidade do mesentério em fossa ilíaca direita. Com a hipótese diagnóstica de apendicite aguda realizou-se laparotomia através de incisão de Davis que evidenciou apêndice cecal de aspecto normal e grande omento com necrose decorrente de torção. Realizada dissecação com posterior exérese do omento necrosado e do apêndice cecal, lavagem da cavidade abdominal, rafia por planos sem drenagem e antibioticoterapia (Ampicilina + Sulbactam). Anatomopatológico apresentando omento com sinais de sofrimento isquêmico e focos de necrose, compatível com Torção de Omento, e apêndice cecal com processo inflamatório leve provavelmente decorrente do processo inflamatório agudo presente na região. No pós-operatório o paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no segundo dia do pós-operatório.

Conclusão:

A Torção de Grande Omento é causa rara de abdome agudo, sendo sua patogênese obscura. Alterações anatômicas podem predispor sua ocorrência, como a presença de omento bifido, omento acessório e suplemento vascular anômalo. Deve-se destacar a dificuldade do diagnóstico pré-operatório desta patologia, principalmente devido a apresentação clínica similar à Apendicite aguda, com dor abdominal inicial ou posteriormente localizada em fossa ilíaca direita acompanhada de náuseas e vômitos com febre baixa, resultando em um diagnóstico geralmente realizado durante o ato cirúrgico.

138
RECONSTRUÇÃO FACIAL COM RETALHO NASOGENIANO: RELATO DE CASO

LUCAS PASTORI STEFFEN, ANE CAROLINE BARRETO, JULIA TONIETTO PORTO e PEDRO HENRIQUE DALL'AGNOL

ULBRA

A incidência de câncer de pele do tipo não melanoma é o mais frequente e corresponde a mais de 30% de todos os tumores malignos no Brasil. O carcinoma basocelular surge nas células da camada basal da pele, pela exposição ao sol intensa, sendo mais frequentes em áreas expostas como face, couro cabeludo, pescoço, membros superiores, mãos. Seu tratamento é a retirada da lesão com diagnóstico de margem livres profundas e laterais com reconstrução do local.

Paciente O.R.C., 73 anos, representante comercial, apresentou no primeiro atendimento dia 01/11/201 lesão em ponta nasal onde já tinha sido feito tratamento com cauterização e atual recidiva. No dia 24/11/2010 realizou o procedimento cirúrgico para retirada da lesão bem como reconstrução no local no mesmo instante. A equipe médica optou pelo uso do retalho nasogeniano para reconstrução do local. A amostra foi enviada para análise anatomo-patológica que apresentou carcinoma basocelular ulcerado, margens livres profundas e laterais, indicando a cura dessa lesão. O paciente apresentou boa integração e resultado estético satisfatório.

A retirada da lesão é escolhida por ser o tratamento definitivo mais indicado para esse tipo de lesão, necessitando de reconstrução no mesmo instante cirúrgico, ou por síntese primária ou pelo uso de retalhos, o método escolhido leva em conta o tamanho da lesão e a área que necessita de cobertura. O retalho nasogeniano é indicado para coberturas de áreas centrais da face, principalmente dorso nasal, asas do nariz e ponta nasal, pois a pele da área doadora é muito semelhante a área receptora. Esse é classificado como um retalho interpolado em estágios por ter as seguintes características: pedículo vascular com uma artéria específica e suas tributárias, área doadora distante e não contígua ao defeito e mais de um estágio para a realização completa da cirurgia. As desvantagens desse retalho são que o pedículo, que pode ser miocutâneo ou miocutâneo, fica exposto por alguns dias no pós-operatório, o paciente necessita de dois tempos cirúrgicos para a finalização do procedimento e em homens pode haver a transferência de pelos da barba para a ponta da asa nasal. O retalho nasogeniano fornece a espessura dos tecidos moles, porém não fornece a parte estrutural e a mucosa nasal. As complicações do uso desse retalho são: sangramento pós-operatório, cicatrização inadequada, infecção, deiscência, distorção das margens livres e necrose.

139

TRAUMA DE FACE: REINTERVENÇÃO TARDIA APÓS CONTROLE DE DANOS

LUCAS PASTORI STEFFEN, ANE CAROLINE BARRETO, JULIA LUBACZWSKI DOS SANTOS, JULIA TONNETTO PORTO, LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA e PEDRO HENRIQUE DALL'AGNOL

ULBRA

Introdução: É conhecido que em países em desenvolvimento há uma alta prevalência de acidentes automobilísticos. No Brasil, cerca de 15,3 % destes acidentes envolvem trauma de face. Este tipo de trauma causa um grande prejuízo funcional, estético e, por consequência, social ao indivíduo, levando-o a problemas psicológicos e baixa produtividade no trabalho. O caso a ser apresentado ressalta a importância de um tratamento multidisciplinar e eficiente no prognóstico destes pacientes.

Relato do Caso: Paciente feminina, 32 anos, vítima de acidente automobilístico de madrugada, com TCE e múltiplas lacerações na face com perda de substância. Atendimento realizado em hospital de média complexidade, que não contava com cirurgião plástico de plantão. Submetida aos protocolos de trauma onde não se evidenciaram lesões neurológicas, torácicas e abdominais. Hemodinamicamente estável, foi realizada suturas em face e couro cabeludo com fios inadequados, com finalidade hemostática. Após 14 horas do atendimento inicial, Cirurgião Plástico foi chamado ao hospital para avaliação, quando se optou pela reintervenção, justificada pela gravidade das sequelas funcionais (região ocular) e estéticas que resultariam à paciente. Realizou-se retirada das suturas prévias, desbridamento e limpeza exaustiva, ressecções dos tecidos desvitalizados, sínteses dos tecidos com fio monofilamentar inabsorvível 6.0 e utilização de princípios de zetaplastia na região órbito-palpebral para continência de fenda palpebral. Orientação e acompanhamento para curativos diários. Retirada precoce dos pontos a partir do quinto dia.

Conclusões: O atendimento ao paciente politraumatizado deve ser sempre conduzido à manutenção da vida. Deve-se, sempre que possível, proporcionar um atendimento multidisciplinar, preservando a vida, funcionalidade e estética. No caso relatado, o manejo da paciente não pôde ser definitivo devido à ausência de cirurgião plástico, o que poderia ter implicado em graves sequelas à paciente, o que não ocorreu devido a reintervenção por especialista, mesmo tendo ocorrido após as 12 horas preconizadas na literatura.

140

EXTRAÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DE PRÓTESE BILIAR METÁLICA QUATRO ANOS APÓS IMPLANTE

CARLOS MANOEL PEDRA PETTO GOMES, BEATRIZ CUNHA MARENDAS RODRIGUES, ANDRÉ RICARDO CHAVES DOS SANTOS e FELIPE CARVALHO VICTER

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (HUPE - UERJ)

Introdução: A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) com implante de prótese biliar é conduzida reconhecida para afecções obstrutivas da árvore biliar, sendo alternativa para tratamento definitivo. As próteses plásticas têm patência média de quatro a seis meses e as metálicas de oito a doze, devendo-se avaliar a retirada neste período. Após o implante, é recomendado acompanhamento da via biliar. A detecção precoce de alterações permite atuação rápida e prevenção de complicações como oclusão ou movimentação da prótese, pancreatite e colestase, evitando possíveis desfechos fatais como colangite e cirrose biliar secundária.

Relato de caso: Paciente feminina, 76 anos, sem comorbidades, submetida a colecistectomia videolaparoscópica há dez anos. Procurou emergência há quatro anos com dor em hipocôndrio direito, sendo diagnosticada coledocolitíase. Foi submetida à CPRE com implante de prótese biliar metálica pela impossibilidade de extração do cálculo. Nestes últimos quatro anos manteve-se assintomática, porém em ressonância magnética de vias biliares foi evidenciado aumento do diâmetro de cóledoco de 2,0 cm para 2,5 cm em um ano. Os exames laboratoriais continham apenas aumento de gama-glutamilttransferase (γ-GT). Foi optado por retirada videolaparoscópica da prótese e anastomose biliodigestiva. No intra-operatório, confirmou-se cóledoco dilatado com inúmeras aderências. Após coledocotomia foi identificada prótese obstruída por conteúdo biliar espesso e pequenos cálculos. Durante a manipulação para retirada da prótese, observou-se tecido de epiteliação aderido em sua trama metálica à altura da papila duodenal. Após tentativas frustradas de descolamento, optou-se por sectionar a prótese, remanescendo o segmento distal no interior da papila. A seguir foi realizada coledocoduodenostomia. Em um mês de pós-operatório, a paciente teve boa evolução, e mantém-se sem queixas.

Conclusão: Apesar do grande avanço que o implante da prótese biliar via CPRE trouxe ao arsenal de condutas para obstrução biliar, deve-se atentar às suas inerentes complicações. No caso relatado, o tempo de permanência da prótese, associado ao aumento de 25% no diâmetro do cóledoco em um ano e ao aumento de γ-GT, a despeito da ausência de outras alterações clínico-laboratoriais, foi decisivo na retirada da prótese. No intra-operatório, tal conduta se mostrou pertinente, uma vez que a mesma estava fortemente aderida à papila. Por fim, foi necessária derivação biliodigestiva evitando possíveis complicações futuras de maior gravidade.

141

TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DE FERIMENTOS POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO NO ABDOME: RELATO DE 8 CASOS

FRANCISCO EDUARDO SILVA, ADRIANA MARTINS RANGEL, RENATA POZZI PEREIRA e JOSÉ ALFREDO CAVALCANTE PADILHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Introdução: A abordagem cirúrgica é o tratamento de escolha para os ferimentos causados por projétil de arma de fogo no abdome. Na década de 1960 surgiu o termo "conservadorismo seletivo" referente ao tratamento conservador das lesões abdominais por arma branca. Desde então, o tratamento não-operatório (TNO) dos ferimentos abdominais por arma branca vem sendo amplamente difundido.

Os ferimentos causados por projéteis de arma de fogo (PAF) na cavidade abdominal, no entanto, ainda são tratados com cirurgia na maioria dos hospitais. A razão para essa conduta é que ainda se acredita que haja uma grande incidência de lesões intra-abdominais, e que em uma laparotomia negativa a ocorrência de complicações não justificariam uma tentativa de um tratamento conservador.

Objetivo: relatar 8 casos de pacientes vítima de ferimento abdominal penetrante por projétil de arma de fogo que foram tratados de forma não operatória.

Métodos: Estudo prospectivo de pacientes vítima de lesão abdominal por PAF no período de setembro de 2017 à março de 2018. Oito pacientes vítima de ferimento abdominal por PAF com violação do peritônio, com exame físico e tomográfico que não sugeriam lesão de víscera oca, foram observados com exame clínico seriado e exames laboratoriais.

Resultado: No período de cinco meses, oito pacientes vítimas de ferimento abdominal por projétil de arma de fogo tiveram tratamento não operatório. Os pacientes na admissão apresentavam estabilidade hemodinâmica e sem sinais peritonite. Cinco pacientes apresentaram lesão penetrante em hipocôndrio direito, um paciente apresentou lesão penetrante em hipocôndrio esquerdo, um em região toracoabdominal posterior esquerda e um em região lombar esquerda. Os ferimentos intra-abdominais foram diagnosticados por tomografia computadorizada com contraste venoso que evidenciou cinco pacientes com lesão no lobo direito do fígado, um paciente com lesão do rim esquerdo e lesão de baço, um paciente com lesão no rim esquerdo e um paciente com lesão no lobo direito do fígado e da veia cava supra-hepática sem extravasamento de contraste. Apenas um paciente necessitou de laparotomia tardia.

Conclusão: O tratamento não operatório de lesão por arma de fogo que penetra a cavidade abdominal ainda é controverso, porém com uma equipe multidisciplinar treinada, exames laboratoriais e de imagem disponíveis pode ser factível o manejo conservador seletivo. Nesse estudo apenas 1 paciente necessitou de laparotomia tardia.

142

RESSECÇÕES LAPAROSCÓPICAS DE BAIXO CUSTO EM RATOS

JULIA RADICETTI DE SIQUEIRA PAIVA E SILVA, JOSÉ MARCUS RASO EULÁLIO, MANOEL LUIZ FERREIRA, PAULO CESAR SILVA, JOSÉ EDUARDO FERREIRA MANSO, THALES PENNA DE CARVALHO, ALBERTO SCHNEIDER e ADRIELLE RODAS FERNANDES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Introdução: No desenvolvimento de técnicas de laparoscopia em ratos, são fatores limitantes o custo elevado dos materiais e a necessidade de padrões específicos para as dimensões dos espécimes.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é testar materiais de baixo custo, adaptados para a realização de ressecções videolaparoscópicas em ratos.

Método: Nove Ratos Wistar foram submetidos a dois diferentes procedimentos videolaparoscópicos com materiais de baixo custo substituindo (01) monitor, (2) microcâmera, (3) processador de imagens, (4) fonte de luz, (5) ótica e (6) insuflador. Avaliou-se a capacidade de o conjunto composto por (1) Tablet Android 10", (2) Endoscópio USB 5mm e (3) monitor de manômetro semi-automático substituir o conjunto convencional.

Resultados: Realizados os seguintes procedimentos: esplenectomia videolaparoscópica - n=3; pancreatectomia distal + esplenectomia videolaparoscópica - n=6. Três (03) ratos faleceram durante o procedimento. Dois por insuficiência respiratória e um por hemorragia. Seis espécimes foram acompanhados por sete dias sem evidências de complicações.

Conclusão: Materiais de baixo custo podem ser utilizados para videolaparoscopia em ratos. As modificações estruturais envolvem a equipe que necessita membro exclusivo para monitorização da pressão do pneumoperitônio.

143

POROCARCINOMA ÉCRINO DE GLÚTEO METASTÁTICO: RELATO DE CASO

ESTEVAO CONTAGE AMIN, FERNANDO BRAY BERALDO e VICTOR CHULUK SILVA SOARES

HSPE/AMSP

INTRODUÇÃO: O porocarcinoma é uma rara neoplasia maligna proveniente da porção écrina das glândulas sudoríparas, representa apenas 0,005 a 0,01% de todas as neoplasias malignas da pele.

A maioria dos casos descritos são provenientes da degeneração de uma lesão pré-existente, o poroma écrino, uma neoplasia aneural benigna do ducto terminal da glândula sudorípara. A principal distribuição topográfica são nos membros inferiores e couro cabeludo.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 89 anos, branca, queixa-se de massa tumoral ulcerada exudativa com cerca de 10cm de diâmetro em região inguinal a esquerda, de crescimento progressivo e indolor há 1 ano com flogose e odor fétido, associado a lesão ulcero-vegetante em glúteo esquerdo, de crescimento lento e indolor há cerca de 2 anos, com perda ponderal de 10kg em 3 meses.

Ao exame físico lesão úlcero-vegetante com cerca de 2,5cm em seu maior diâmetro em glúteo esquerdo, e massa exofítica ulcerada com cerca de 10 cm de diâmetro em região inguinal esquerda com necrose e drenagem de secreção purulenta. Em tomografia computadorizada de pelve foi evidenciada massa ulcerada acometendo a pele e tecido celular subcutâneo da região inguinal esquerda apresentando proximidade com músculo reto abdominal e vasos femorais comuns esquerdos, com provável acometimento destas estruturas, além de linfonodomegalias nas cadeias ilíaca externa e inguinais. Realizada ressecção da lesão glútea com margens e biópsia incisional da lesão inguinal esquerda. Em estudo de microscopia eletrônica, revelou lesão de característica maligna, sólida, ulcerada, com necrose presente, sem sinais de invasão angiolinfática e perineural, com margens cirúrgicas livres. A imunoe expressão de antígenos do tipo escamosos, além de CK7 e EMA (antígeno epitelial de membrana) focais, e CEA (antígeno cárcino embrionário) e Ber EP4 no componente ductal de origem aneural cutânea, confirma diagnóstico de porocarcinoma. Por invasão vascular de vasos femorais a lesão foi considerada irremediável. Realizado desbridamento da área necrótica infectada associado a cuidados locais e encaminhamento para equipe da oncologia e cuidados paliativos para seguimento do caso.

CONCLUSÃO: Por se tratar de uma patologia incomum o atraso diagnóstico é frequente, o que pode inviabilizar o tratamento cirúrgico curativo, justamente o que ocorre no presente caso, restringindo à possibilidade de cuidados locais de melhora na qualidade de vida da paciente.

144

IMPORTÂNCIA DA HISTÓRIA FAMILIAR NO DIAGNÓSTICO DA POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR - ANÁLISE DE CASOS

IASMIN CAVA DE SÁ, ANDREA NEVES SOARES, HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS, BEATRIZ ESCUDEIRO NASCIMENTO e ANDREA POVEDANO

Introdução: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma síndrome de transmissão genética, autossômica dominante, com penetrância próxima a 100%, caracterizada pela mutação do gene APC (Adenomatous Polyposis Coli), e consequente formação de inúmeros pólipos no cólon e reto. Em 76% dos casos a mutação ocorre com histórico familiar, sendo essa variável fundamental para o diagnóstico e tratamento precoce. Quanto ao número de pólipos, a PAF é caracterizada como: profusa, esparsa e atenuada; quanto ao fenótipo: clássica, atenuada (AFAP) e polipose associada ao gene MUTYH (PAM). História familiar, colonoscopia e testes genéticos são ferramentas diagnósticas. Indica-se colectomia profilática ao diagnóstico, pelo risco de 100% de desenvolver Câncer Colorretal. Opções cirúrgicas incluem: colectomia total abdominal com anastomose ileorectal, proctocolectomia com anastomose de bolsa íleo anal e proctocolectomia com ileostomia. Sintomas muitas vezes negligenciados, junto ao histórico familiar podem aventar o diagnóstico.

Objetivos: Apresentar quatro casos de PAF acompanhados em um hospital universitário do Rio de Janeiro e correlacionar com a literatura.

Método: Foi realizado um estudo observacional transversal retrospectivo de quatro pacientes com PAF acompanhados por um Serviço de Clínica Cirúrgica, analisando-se as seguintes variáveis: idade de início e característica dos primeiros sintomas relacionados à doença; idade do paciente no momento da suspeição do diagnóstico; presença de antecedentes familiares; acessibilidade aos métodos indicados ao diagnóstico e idade ao diagnóstico e tratamento da doença. O estudo foi baseado em entrevistas presenciais (anamnese) com os pacientes e seus familiares além de revisão de dados registrados no prontuário médico dos mesmos.

Resultados: Sintomas como sangramento anal e mudança de hábito intestinal acompanharam nossos pacientes desde a primeira infância (apenas um caso não apresentou sintomas). Aliando sintomas, histórico de Câncer Colorretal ou PAF na família, e métodos diagnósticos como colonoscopia e testes genéticos diagnosticou-se a síndrome.

Conclusão: A PAF é uma doença rara, inicia-se normalmente na infância, de forma insidiosa, tendo sinais e sintomas pouco valorizados pelo paciente e médico assistente. Histórico familiar mostra-se fundamental, segundo nosso estudo e a literatura, para diagnóstico precoce e preciso.

145

INCIDÊNCIA DO TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DO TRAUMA ESPLÊNICO

FRANCISCO EDUARDO SILVA, ADRIANA MARTINS RANGEL, RENATA POZZI PEREIRA e JOSÉ ALFREDO CAVALCANTE PADILHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Introdução: No final do século XIX, a esplenectomia era o tratamento realizado para o trauma de baço, porém com altas taxas de mortalidade devido a sangramentos e infecções intra-abdominais. Até a década de 1950, a quase totalidade das lesões traumáticas do baço eram tratadas cirurgicamente. Em 1973, Singer demonstrou que a mortalidade por sepse foi 58 vezes mais frequentes em pacientes pós esplenectomia.

Devido às complicações pós-operatórias em pacientes esplenectomizados, a opção pelo tratamento conservador ganhou espaço nos serviços de cirurgia do trauma, com o desenvolvimento de protocolos de tratamento seletivo não operatório de pacientes vítimas de trauma esplênico que tenha indicações para esse tipo de tratamento e com a evolução dos exames de imagens.

Objetivo: relatar a incidência do tratamento não operatório do trauma esplênico no período de outubro de 2016 à julho de 2018.

Método: todos os pacientes com lesão esplênica que internaram durante o período de 1 de outubro de 2016 a 31 julho de 2018 foram elegíveis para inclusão. O tratamento das lesões esplênicas foi categorizado como procedimentos de preservação do baço ou esplenectomia. O TNO foi considerado bem sucedido se a cirurgia de esplenectomia ou preservação do baço for evitada.

Resultado: no período de doze meses foram atendidos setenta e sete pacientes com lesão esplênica, sendo doze pacientes do sexo feminino e sessenta e cinco do sexo masculino. Sessenta e quatro pacientes foram vítimas de trauma abdominal fechado e treze por trauma penetrante do abdome. Vinte e sete pacientes (35%) evoluíram com tratamento não operatório e quatro pacientes foram tratados com hemostasia esplênica sem esplenectomia. Os pacientes com TNO de baço e cirurgia para hemostasia esplênica não evoluíram para tratamento cirúrgico. O uso crescente de tomografia computadorizada e uma equipe bem treinada tem contribuído com a diminuição no número de intervenções cirúrgicas.

Conclusão: o TNO de baço é efetivo em pacientes estáveis hemodinamicamente, factível em hospitais com uma equipe bem treinada e tem aumentado sua incidência nos serviços de trauma.

146

VALOR DA ENDOSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE ESÔFAGO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

JOÃO GABRIEL DA SILVA PORTO, REBECA CORRYNE MAGALHÃES SAD MEDINA, GABRIELLY SARAIVA PORTO GARCIA, LUCAS BARRETO RIQUE, ELY FELYPPY SOARES LOROSA, RENATO ABRANTES LUNA, YOLANDA FAIA MANHÃES TOLENTINO e GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Introdução: O exame padrão-ouro para o diagnóstico de neoplasias do trato gastrointestinal é a Endoscopia Digestiva Alta (EDA) com biópsia. Todavia, há situações que apresentam diagnóstico falso-negativo. O presente relato visa investigar o nível de diagnósticos falso-negativos da EDA no câncer de esôfago (CE), bem como compreender os passos a se tomar neste contexto.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 57 anos, com história pregressa de cirurgia videolaparoscópica para correção da Hérnia de Hiato e Esôfago de Barrett (EB) há 21 anos, foi internada no HUGG, em janeiro de 2018, com quadro obstrutivo tumoral esofágico.

Em outubro de 2017, realizou EDA, que indicou subestenose esofágica a 35cm dos incisivos, EB, Hialoplastia e Hérnia Paraesofágica. O quadro evoluiu, de novembro à janeiro, com disfagia progressiva e hemoptise ao tentar se alimentar.

Em 23/01/2018, em nova EDA, visualizou-se, à 30cm dos incisivos, a presença de lesão elevada com superfície irregular, bordos mal definidos, friável, ocupando cerca de 70% da circunferência da luz e que impedia a progressão do aparelho, não confirmando CE.

Foi submetida à gastrostomia e, desta vez, realizou EDA retrógrada, que confirmou o CE, mas não definiu o tipo histológico. Diante disso, realizou-se esofagectomia trans-hiatal com anastomose gastro-esofágica cervical.

Lauda Histopatológico: Adenocarcinoma Esofágico (T3N0).

Conclusão: Apesar de a EDA ter elevada sensibilidade para CE, ela apresenta 7.8% de diagnósticos falso-negativos, sendo essencial atentar-se para os principais fatores que geram esse erro diagnóstico. As causas mais comuns são: lesão não vista ao exame; biópsia de porção benigna da lesão; lesão é visualizada e avaliada como benigna, não sendo realizada a biópsia.

Assim, recomenda-se cuidado especial na avaliação do esôfago, sobretudo da porção proximal. Aconselha-se a realização de múltiplas biópsias, evitando-se a obtenção apenas de porções benignas. Além disso, na presença de diagnóstico benigno, indica-se a análise da amostra por mais de um patologista.

Sintomas sugestivos de neoplasia associados à avaliação histológica não condizente com malignidade, recomenda-se a realização de uma nova EDA. Por fim, sempre se indica realizar a biópsia de uma lesão, com o objetivo de se excluir a possibilidade de neoplasia.

Dessa forma, é possível reduzir os erros diagnósticos da EDA e ampliar percentual de cura do CE, permitindo iniciar o tratamento adequado o mais breve possível.

147

ESTUDO DO PERFIL DE PACIENTES QUE REALIZARAM COLECISTECTOMIA NO HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE

LUCAS RAMOS FACCI, SAMY CHITAYAT

UNIGRANRIO

Introdução: A colelitíase está presente na rotina dos cirurgiões. Podendo evoluir para quadros mais agudos e com sintomatologia bem definida. Muitos casos podem necessitar de intervenção cirúrgica. No Brasil, cerca de 9,3% da população geral manifesta essa patologia, causando cerca de 60.000 internações/ano. Embora exista informações epidemiológicas para a população brasileira, o mesmo não ocorre com os habitantes da cidade do Rio de Janeiro. Essa escassez de dados locais e informações sobre o paciente foram a motivação desse estudo.

Objetivo: Avaliar o perfil do paciente que realiza colecistectomia.

Métodos: O estudo é descritivo e utilizou dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no primeiro trimestre de 2018, referentes ao Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ) situado na Barra da Tijuca. As categorias analisadas foram: número de casos comparados com as internações totais, capítulo e seção da CID 10, sexo, idade, etnia, óbitos, caráter de atendimento e motivo da saída da internação. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas para melhor apresentação.

Resultados: Nesse período, houveram 3332 internações no HMLJ. Onde, 54% foram classificadas como CID XV, 12,1% como CID XIX e 9,3% como CID XI. Na última categoria, 105 casos, representando 33,8% da categoria, foram transtornos do pâncreas, vesícula e via biliar. Dentre esses casos, 19,6% pacientes realizaram colecistectomia, sendo laparoscópica ou não. Sobre a etnia, foi observado que 6,5% são brancos, 1,6% negros, 9,83% pardos, 3,2% são da etnia amarela. Porém, 78,6% encontravam-se sem essa informação. Com 14,7%, a faixa etária dos 40-44 anos é a mais frequente nos doentes. 59% dos pacientes foram operados em caráter de urgência, versus 41% de maneira eletiva. O panorama sobre motivo de saída revelou que 95% dos pacientes precisaram de acompanhamento pós-cirúrgico, 3,27% receberam alta com melhora e 1,63%, representando 1 caso, evoluiu para óbito.

Conclusão: Com esse estudo, foi obtido o seguinte perfil: sexo feminino, com idade entre 40 e 54 anos, realizando colecistectomia de urgência. Esse estudo abre a possibilidade para uma análise mais ampla na cidade, uma melhor avaliação e coleta de informações sobre etnia nos casos dessa patologia. Como não foi possível a avaliação por falta de informação, mostra que há um déficit e que é necessário investigá-lo em estudos futuros.

149

ANGIOSARCOMA EPITELIÓIDE PRIMÁRIO DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO.

LIVIA CISNE KOENOW, ANTONIO KNEIPP PITTA DE CASTRO NETO, ANIELA RODRIGUES GOMES DE BARROS, MARIA DE FATIMA REI PEREIRA BARROS, LEANDRO MARCHETTI BRUNO, RAFAELA CARDOSO DE CARVALHO, RAFAEL MORRIELLO e IGOR JOSÉ CARVALHO FEITOSA

INTRODUÇÃO. O angiosarcoma epitelióide é uma neoplasia endotelial extremamente agressiva e rara que geralmente acomete região profunda de partes moles, contudo, pode ser manifestar primariamente em diversos sítios, como nas adrenais, tireoide, pele e osso. Raramente, pode ocorrer no trato gastrointestinal. Apesar do intestino delgado constituir grande parte do trato gastrointestinal a frequência de malignidade das lesões que o envolvem é baixa. Os tumores malignos mais comumente encontrados são os tumores carcinoides e adenocarcinomas. Ainda com menor incidência podem ocorrer sarcomas, sendo o tumor estromal gastrointestinal o subtipo mais comum. A ocorrência do angiosarcoma é ainda mais rara. A apresentação é ocasional, sem possibilidade de rastreio. O diagnóstico é em sua maioria realizado quando a doença já se encontra em estágio avançado, uma vez que a clínica destes pacientes é inespecífica. A ressecção cirúrgica é a primeira opção de tratamento, porém o prognóstico destes pacientes é ruim.

RELATO DE CASO. Homem, 34 anos, previamente hígido, procurou a emergência com o quadro de astenia, anemia e enterorragia, e aos exames de imagem foi diagnosticado tumor envolvendo mesentério e intestino delgado. Submetido a laparotomia exploradora foi encontrado tumor de intestino delgado com conglomerado linfonodal importante, tendo sido realizada ressecção segmentar de alça com retirada de parte do material linfonodal. O paciente teve uma evolução pós-operatória arrastada e evoluindo com quadro de icterícia, plaquetopenia e ascite importantes com queda do estado geral progressiva, evoluindo para óbito após duas semanas impossibilitando a realização de qualquer tratamento paliativo. O resultado histopatológico final confirmou se tratar de um angiosarcoma epitelióide primário de intestino delgado.

CONCLUSÃO. Angiosarcomas epitelióides, principalmente, de partes moles e trato gastrointestinal costumam evoluir para doença metastática linfonodal e hematogênica em um curto período de tempo e este relato demonstra a raridade deste diagnóstico, que tem evolução rápida e mal prognóstico.

148

PANCREATO-ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM RATOS - ELABORAÇÃO E VARIAÇÃO DE MODELO EXPERIMENTAL

ADRIELLE RODAS FERNANDES, JULIA RADICETTI DE SIQUEIRA PAIVA E SILVA, JOSÉ MARCUS RASO EULÁLIO, MANOEL LUIZ FERREIRA, PAULO CÉSAR SILVA, JOSÉ EDUARDO FERREIRA MANSO, ALBERTO SCHANAIDER e ANDREI FERREIRA COSTA NICOLAU

UFRJ

Introdução : A Pancreatectomia parcial em ratos é um modelo experimental utilizado para o estudo de alterações exócrinas e endócrinas do pâncreas. Não existe porém na literatura revista, descrição metodizada de Pancreatectomia Videolaparoscópica em ratos. O objetivo deste estudo é descrever e padronizar a técnica de Pancreatectomia Parcial com esplenectomia por videolaparoscopia em ratos testando e adaptando materiais tradicionais e de baixo custo.

Materiais e Métodos : Dez ratos Wistar do sexo masculino com peso entre 320 e 510g foram submetidos a pancreato-esplenectomia videolaparoscópica para padronização da técnica cirúrgica. Foram utilizados parâmetros prévios de descrições da literatura de esplenectomia videolaparoscópica e de Pancreatectomia parcial aberta com adaptações progressivas para metodização e segurança do procedimento. Os espécimes foram divididos em dois grupos e foram utilizados dois conjuntos distintos de equipamentos, um tradicional (grupo I) e um de baixo custo(grupo II), um conjunto em cada grupo de cinco espécimes. Foram analisados o tempo cirúrgico, as complicações, e capacidade de geração e gravação de imagens em cada grupo.

Resultados: A pancreato-esplenectomia videolaparoscópica foi realizada em todos os espécimes. As modificações ao longo do desenvolvimento foram relativas ao posicionamento dos membros superiores, dos trocateres, da forma de eletrocauterização, e da mobilização do baço. Não houve diferença significativas entre os resultados de ambos os grupos havendo mortalidade de um espécime no grupo I e um espécime no grupo II.

Conclusão: A pancreato-esplenectomia videolaparoscópica é uma técnica factível de ser realizada com material tradicional e de baixo custo, favorecendo o estudo do coto pancreático em condições análogas aquelas da prática clínica.

150

HÉRNIA INTERCOSTAL ABDOMINAL ADQUIRIDA: RELATO DE CASO.

LIVIA CISNE KOENOW, ANTONIO KNEIPP PITTA DE CASTRO NETO, ANIELA RODRIGUES GOMES DE BARROS, MARIA DE FATIMA REI PEREIRA BARROS e RAFAEL MORRIELLO

INTRODUÇÃO. Hérnias intercostais são comumente resultado de trauma toracoabdominal prévio. A herniação de conteúdo abdominal através do espaço intercostal é rara. A hérnia ocorre quando há descontinuidade diafragmática ou dos músculos intercostais levando a protusão do conteúdo abdominal pelo espaço intercostal. Clinicamente a hérnia geralmente se apresenta como uma massa palpável e dolorosa na região, e na maioria dos casos estão associados à história prévia de trauma toracoabdominal.

RELATO DE CASO. Homem, 55 anos, apresentou abaulamento intercostal na transição toracoabdominal. Após exame físico e estudo tomográfico foi identificada presença de hérnia intercostal e aparente ausência da 10ª costela esquerda. Não havia história prévia de trauma ou manipulação cirúrgica da área. Optou-se pela correção cirúrgica da hérnia, durante a qual foi observado atrofia da 10ª costela exatamente no local de protusão do conteúdo herniário. Foi realizada retirada de resíduo da 10ª costela e correção do defeito com fixação de tela de polipropileno no espaço intercostal sem intercorrências e com boa evolução pós-operatória.

CONCLUSÃO. A atrofia da 10ª costela, provavelmente por um trauma anterior não notado pelo paciente, foi o fator predisponente para que ocorresse a herniação do conteúdo através do espaço entre a 9ª e 11ª costelas que causou enfraquecimento da musculatura progressivo durante os anos o que resultou finalmente na descontinuidade da mesma, dando origem a hérnia intercostal observada. Dessa forma, a presença de hérnias intercostais abdominais adquiridas permanecem como patologias cirúrgicas raras.

151

REPOSIÇÃO DE ENZIMAS PANCREÁTICAS NO PRÉ OPERATÓRIO DE TUMORES PANCREÁTICOS: PRÁTICA CONHECIDA?

GIANCARLO JORIO ALMEIDA, LARISSA STRELNIEK AGUIAR e GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

Introdução: Insuficiência pancreática exócrina (IPE) é definida como atividade pancreática inadequada para digestão causada por produção enzimática insuficiente, ativação insuficiente ou desativação enzimática alterada, e é descrita como complicação de doenças pancreáticas benignas e malignas, ressecção pancreática e alterações pós operatórias da anatomia gastrointestinal.

IPE no pré operatório da duodenopancreatocomia está presente na maioria dos pacientes com tumor de pâncreas, sendo mais afetados aqueles com icterícia obstrutiva. A clínica de IPE nestes pacientes é de diarreia e/ou esteatorreia, mas não correlaciona-se com achados laboratoriais como gordura fecal alterada. A terapia de reposição de enzimas pancreáticas (TREP) no pré operatório é indicada em todos os pacientes com tumor pancreático, independentemente de clínica ou resultados laboratoriais, conforme recomendações do NCCN (National Comprehensive Cancer Network).

Objetivos: Identificar o grau de conhecimento dos cirurgiões gerais de um hospital terciário universitário do Rio de Janeiro a respeito do rastreio da IPE e do uso da TREP no pré operatório de pacientes com tumores periampulares.

Método: Foi realizada entrevista pessoalmente com os cirurgiões gerais do referido hospital. Foram feitas 5 questões sobre avaliação do status nutricional, experiência cirúrgica com tumores periampulares, pesquisa de IPE, conhecimento da TREP no pré operatório e realização da TREP no pré operatório, todas com opções de resposta objetivas.

Resultado: Foram entrevistados 16 dos 24 cirurgiões gerais. O status nutricional é avaliado por 87% dos mesmos. Em relação à quantidade de duodenopancreatocomias realizadas por ano, 68,9% dos cirurgiões realizam até 5 e 31,1% realizam 6 ou mais. Quanto a pesquisa da IPE, apenas 25% dos cirurgiões a realizam no pré-operatório. Considerando o conhecimento da TREP no pré-operatório, apenas 50% dos cirurgiões tem ciência da mesma, porém nenhum faz uso dela.

Conclusão: Tendo em vista a prevalência das doenças pancreáticas e o quanto a IPE é prejudicial para o estado nutricional do paciente, faz-se necessário o conhecimento e domínio da TREP. Os resultados corroboram a necessidade de maior divulgação do assunto e de treinamento qualitativo dos cirurgiões, para assim melhorar o status nutricional dos pacientes no pré operatório e, conseqüentemente, proporcionar um melhor prognóstico.

152

OBSTRUÇÃO PILÓRICA POR DOENÇA ULCEROSA PÉPTICA: RELATO DE CASO

JÉSSICA VICTOR DE LACERDA CABRAL, FLORENTINO A. CARDOSO FILHO, TCBC, FACS, LUIZA HELENA ACÁCIO COSTA, ISTEFRANY DAYANNA COSTA LIMA e MARCELA GONDIM AGUIAR

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

Introdução: A Doença Ulcerosa Péptica (DUP) caracteriza lesão da mucosa do trato gastrointestinal, podendo ocorrer no esôfago, estômago, duodeno e jejuno. É prevenível, estando entre os fatores de risco infecção pelo *Helicobacter pylori* (etiologia mais comum), uso de anti-inflamatórios, tabaco, álcool e stress. A complicação mais frequente é a hemorragia digestiva alta, seguida por perfuração e obstrução. Cerca de 25% dos pacientes desenvolvem complicações graves, necessitando de hospitalização. O diagnóstico é feito por Endoscopia Digestiva Alta (EDA), e o tratamento compreende uso de inibidores da Bomba de Prótons (IBPs) e erradicação do *H. pylori* quando presente. A incidência da DUP caiu mundialmente graças ao maior acesso a EDA, disponibilidade e uso mais frequente de IBPs, diminuindo a taxa de complicações. Relato do caso: MALS, 57 anos, sexo feminino, solteira, aposentada, natural e procedente de Itapajé, CE. Atendida no Hospital Geral de Fortaleza com pirose há 4 anos, sendo à época diagnosticada e tratada por úlcera péptica pilórica e *H. pylori*. Procurou o serviço por piora do quadro há 20 dias, associado a dor abdominal, vômitos, plenitude pós-prandial, perda ponderal de 5 kg (10% do peso corporal) e um episódio de hematêmese. Negava comorbidades e cirurgias prévias. A admissão, apresentava regular estado geral, emagrecida, hipocorada (+2/+4), desidratada (+3/+4), febril ao toque. Aparelho Cardiorrespiratório sem alterações. Abdom plano, flácido, depressível, indolor. Sem massas ou visceromegalias. Paciente internada para suporte nutricional parenteral e realização de exames complementares. A EDA evidenciou estase gástrica volumosa e retração cicatricial em 1/3 distal de antro, sem identificação do piloro. Indicada gastrectomia subtotal com vagotomia troncular e reconstrução à Billroth II. À cirurgia, observou-se estômago dilatado ocupando hipogástrio e obstrução total do piloro. Paciente evoluiu no pós-operatório sem intercorrências. Biópsia da peça evidenciou úlcera gástrica compatível com úlcera péptica e ausência de neoplasia. Conclusão: A incidência e complicações da DUP diminuíram mundialmente por conta do maior acesso a diagnóstico e tratamento. Ainda há casos complicados de obstrução por agudizações repetidas, evoluindo com estenose pilórica severa, levando a estase gástrica e emagrecimento. Gastrectomia parcial com vagotomia após adequado preparo pré-operatório continua sendo tratamento de eleição em casos de obstrução pilórica por DUP.

153

AValiação DAS DUODENOPANCREATECTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO(HUCFF-UFRJ) NOS ÚLTIMOS 11 ANOS.

RODRIGO SANT ANNA DE MELO LINS, JOSE ALEJANDRO RESTOM CORRALES, GISELLA MARGARITA MOLINA ESPINOZA e ANTONIO AUGUSTO PEIXOTO

HUCFF-UFRJ

Introdução: A duodenopancreatocomia é uma cirurgia realizada em todo mundo para neoplasias periampulares, sendo o único tratamento com potencial curativo para essas doenças. Objetivo: apresentar os resultados de 49 duodenopancreatocomias realizadas no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Métodos: foram coletados dados em prontuário eletrônico de 49 pacientes submetidos à cirurgia de Whipple entre julho de 2007 a junho de 2018. Foi Realizada anastomose pancreato-gástrica em 32 pacientes, pancreatojejunostomia em 11 pacientes, e outros tipos de reconstrução em 5 pacientes. Foram analisados fatores pré, intra e pós-operatórios. Resultados: O grupo estudado foi representado por 28 mulheres (55,5%) e 21 homens (44,4%). A faixa etária mais prevalente foi entre a sexta e sétima década de vida, 17 pacientes (34,7%). As complicações pós-operatórias ocorreram em 79,6%. As complicações mais frequentes foram fistula pancreática em 15 pacientes (30,6%), infecção intra-abdominal em 10 pacientes (20,4%), fistula biliar em 8 pacientes (16,3%). O tempo operatório foi registrado em 45 cirurgias, sendo mais prevalente entre 5 e 7 horas em 24 cirurgias (48,9%). Quanto ao histopatológico, vinte e duas peças (44,8%) foram adenocarcinoma periampular, nove peças (18,3%) adenocarcinoma ductal pancreático, doze peças (24,4%) foram outros neoplasmas pancreáticos, e quatro peças (8,16%) ausência de neoplasia. Dos 42 pacientes em que havia registro de albumina pré-operatória, vinte e um (42,8%) apresentavam-se com valor sérico em g/l maior que 3, e quatorze com valores menores que 2,5 (28,5%). A nutrição suplementar pré-operatória foi realizada em 11 pacientes (22,4%), e nutrição suplementar pós-operatória foi realizada em 49 pacientes (100%). Dos 45 pacientes com valores de bilirrubina total registrados, 21 pacientes (42,8%) apresentavam-se com valores superiores ao da normalidade. O tempo de internação foi menor que 1 mês em 22 pacientes (44,9%), entre 1 e 2 meses em 16 pacientes (32,6%), e maior que 2 meses em 11 pacientes (22,4%). Conclusão: A duodenopancreatocomia apresentou uma elevada taxa de morbidade em nosso serviço. Observa-se uma heterogeneidade nas técnicas usadas e ausência de protocolo. A adoção de padronização de condutas em todas as fases operatórias deve melhorar esses resultados, como foi descrito em outros centros internacionais de referência.

154

RETALHO DE GRANDE DORSAL NA RECONSTRUÇÃO SUPRAESCAPULAR, PÓS RESSECÇÃO DE CARCINOMA BASOCELULAR

NAJARA GOMES DOS SANTOS, GABRIELA SOUZA ALVES, LAÍS GOMES MOREIRA, NATASHA STENZEL MATHUIU, JOSÉ MARTINIANO SANTOS DE LIMA FILHO, MARCUS VINICIUS DA SILVA COIMBRA FILHO, RAFAEL GARRIDO SOUZA COSTA e LEO LARA ESPINOZA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Introdução: O carcinoma basocelular (CBC) é o tipo mais frequente de tumor maligno de pele não melanocíticos, correspondendo a cerca de 80% dos casos, possuindo crescimento lento e metástase rara. Ocorrem em locais de exposição crônica ao sol, sendo comum em pessoas de pele clara, principalmente imunossuprimidos, ou por defeitos herdados no reparo do DNA. Apresentam-se como pápulas peroladas, contendo vasos subepidérmicos proeminentes e dilatados, como telangiectasias. Ademais, podem apresentar-se como placa eritematosa, pigmentada, lembrando melanoma maligno ou nevus melanocíticos. Histologicamente, lembram a camada basal da epiderme, podendo surgir a partir da própria epiderme ou do epitélio folicular, não ocorrendo em superficiais mucosas. A exérese da lesão pode acarretar deformidades locais, necessitando de reconstrução a partir de retalhos miocutâneos. No caso das espádúas, uma opção é o uso do músculo grande dorsal, amplamente utilizado na reconstrução mamária. O sítio doador é robusto, podendo ser levado para toda região proximal. O objetivo do estudo é apresentar o uso do retalho grande dorsal em cirurgias reconstrutoras de região supraescapular pós ressecção de CBC. Relato do caso: S.L.F, sexo masculino, 79 anos, branco, hipertenso, procurou um hospital universitário do Rio de Janeiro apresentando lesão em região supraescapular esquerda, de início há 7 anos e aumento progressivo. Ao exame, observou-se lesão nodular ulcerada e vegetante com hiperpigmentação perilesional, 8 x 10 cm, em área escapular súpero-lateral à esquerda. O laudo anatomopatológico revelou CBC Nodular, sendo definida como terapêutica a ressecção total da lesão, sob anestesia geral. A congelção transoperatória confirmou o diagnóstico de CBC, com limites cirúrgicos livres. Foi, então, desenhada uma ilha do retalho miocutâneo do músculo grande dorsal ipsilateral, realizada dissecação e a tunelização para o reposicionamento no local que foi removido o tumor. Finalizando com a colocação de 02 drenos de Hemovac e sutura da incisão em planos, com fio de Nylon. Evoluiu sem queixas ou limites de deambulação. Retornando em 7 dias para retirada dos drenos e reavaliação, verificando-se a leve saída de seroma e sendo orientado a observação nos dias seguintes. Conclusão: Conclui-se que o uso do retalho miocutâneo do músculo grande dorsal demonstra ser um procedimento seguro e com mínimas complicações. Garantindo um resultado estético e funcional, provedor de qualidade de vida ao doente.

155

TROMBOSE VENOSA MESENTERICA APÓS GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÓPICA

CHRISTIAN ESTEBAN ASTUDILLO, MARCELO GOMES GIRUNDI, JAIR SEBASTIAN ASTUDILLO VALLEJO, JORGE LUIS GUERRERO CISNEROS, VANESSA ALINE MIRANDA VIEIRA, JULIANA CRISTINA DE OLIVEIRA LIMA, DIANDRA MARCELA KARPINSKI e AMANDA CRISTINA TORRES MARTINS BICALHO

HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS

Introdução: A gastrectomia vertical laparoscópica (GVL) é hoje um dos principais procedimentos na cirurgia bariátrica no tratamento da obesidade. A trombose venosa mesentérica (TVM) após gastrectomia vertical laparoscópica é uma complicação rara, mas potencialmente grave ou letal. Os sintomas são vagos e a progressão do quadro pode levar a infarto intestinal ou hipertensão portal. Os fatores etiológicos incluem estase venoso por aumento da pressão intra-abdominal, manipulação intra- operatória a lesão do endotélio esplâncico e estados de trombose sistêmica. O prognóstico e o tratamento não são bem conhecidos porém com uma suspeita e diagnóstico precoce se pode obter bons resultados para tratar essa complicação.

Relato de caso: Trata-se de paciente do sexo feminino, 30 anos, admitida para tratamento cirúrgico de obesidade com peso de 106kg, altura 1.69m e IMC de 37, submetida a GVL, sem intercorrências. Evolui estável no pós operatório e teve alta no 2 dia com uso de enoxaparina via subcutânea por 8 dias. Quinze dias depois apresentou dor abdominal difusa acompanhada de vômitos e hematúria, realizada tomografia de abdome contrastada evidenciando trombose de veia mesentérica superior, envolvendo a junção espleno-mesentérica, veia porta e seu ramo esquerdo, sem evidência de sofrimento de alça ou líquido livre intra-abdominais. Foi solicitada internação e iniciado propedêutica com hidratação vigorosa e anticoagulação com enoxaparina, posteriormente iniciado warfarina, sendo desnecessário tratamento cirúrgico. Após 5 dias recebe alta em uso contínuo de warfarina, atualmente em acompanhamento ambulatorial sem intercorrências.

Conclusão: A TVM é uma doença infrequente, representa 5 a 12% dos casos de isquemia mesentérica com mortalidade diferente. Nas formas graves apresenta sangramento intestinal que pode- se manifestar com melena ou hematúria e as vezes ascite associada. O diagnóstico muitas vezes é tardio e geralmente no contexto de um abdome agudo devido à presença de necrose intestinal. Os exames laboratoriais são inespecíficos, destaca-se acidose metabólica manifestada tardiamente. O ultrassom doppler e a tomografia contrastada, são os métodos de diagnóstico de escolha. O tratamento é principalmente conservador incluindo anticoagulação e a intervenção cirúrgica pode ser necessária nos casos de sofrimento intestinal, por isso é importante conhecer os fatores de risco e as medidas de prevenção e profilaxia para prevenir e tratar novos casos de trombose.

157

TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE INSULINOMA - RELATO DE CASO

RUAN JONATHAN DE MELO VILAÇA DORNELAS, ANA LETÍCIA BARREIROS DE LIMA FERREIRA PINTO, PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA, RONALDO PEÇANHA DA SILVEIRA, FERNANDO SÁ FREIRE DE PINHO JUNIOR, THOMAS HENRIQUE AUEL, LUCCA JAEGER MARTINS, BERNARDO BOTTINO e GLAUCO DOS SANTOS MONTEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

O insulinoma é um tumor raro, originado nas células beta-pancreáticas e produtores de insulina, que resulta em crises hipoglicêmicas recorrentes. É o tumor endócrino mais comum do pâncreas, apresentando-se geralmente benigno e solitário. Tem maior prevalência em indivíduos do sexo feminino e com idade média de diagnóstico por volta dos 50 anos, podendo se apresentar em pessoas mais jovens. Seu diagnóstico é fortemente considerado na presença da Triade de Whipple, caracterizada por hipoglicemia episódica, disfunção do sistema nervoso central relacionado à hipoglicemia e melhora do quadro com administração de glicose. O diagnóstico é geralmente tardio, com o diagnóstico clínico difícil, frequentemente sendo necessária associação de métodos de imagem para confirmação, que auxiliará também na definição da abordagem cirúrgica. Relato de caso: V.G.M., sexo masculino, 21 anos, com episódios recorrentes de hipoglicemia sintomática. Após investigação clínico-laboratorial, realizou eco endoscopia bilio-pancreática que evidenciou nódulo de cerca de 1 cm em região caudal do pâncreas. Foi realizada, através de abordagem videolaparoscópica, a pancreatectomia corpo-caudal associada a esplenectomia, com identificação da lesão por ultrassonografia intraoperatória e realização de biópsia de congelamento da peça que sugeriu neoplasia neuroendócrina. O procedimento foi finalizado sem intercorrências. O pós-operatório evoluiu de maneira favorável, sem complicações e com melhora dos sintomas. Conclusão: A escolha pela via videolaparoscópica foi feita tendo em vista as vantagens da abordagem minimamente invasiva associada à alta eficácia dessa técnica. Essa abordagem tem sido cada vez mais utilizada em vários tipos diferentes de cirurgias em função de suas vantagens, como, por exemplo, menores tamanhos das incisões, menor risco de sangramento e menor tempo de internação. Dessa forma, na ausência de contraindicações, essa via deve ser preferida e é atualmente a primeira escolha em vários centros com experiência no tratamento de patologia benigna no corpo e cauda do pâncreas.

156

CARCINOMA DE PARATIREOIDE: UM RELATO DE CASO

RENATO ALCANTARA HALLAK COSTA, PEDRO HENRIQUE ESTEVES GONÇALVES, MANUEL DOMINGOS DA CRUZ GONÇALVES, MARCOS FEIJÓ GIANOTTI, SILVIO HENRIQUES DA CUNHA NETO e JOAQUIM RIBEIRO FILHO

UFRJ

Introdução: O carcinoma de paratireoide, considerado uma neoplasia rara, foi citado pela primeira vez em 1904 por DeQuervain. É um tumor de crescimento lento, com alto grau de recidiva e acomete geralmente pessoas entre 40 e 60 anos. Manifestações clínicas são diretamente relacionadas aos níveis de paratormônio (PTH) produzido e os oncogenes ciclina D1, o Rb1, o gene da síndrome endócrina múltipla do tipo 1 e o HRPT-2 possuem íntima relação com essa neoplasia.

A cirurgia é o tratamento de escolha e a ressecção em bloco parece ser a melhor opção, com tireoidectomia parcial ipsilateral e esvaziamento dos linfonodos da região. O procedimento deve ser agressivo para evitar recidiva local e à distância, porém, com cuidado evitando-se romper o tumor.

Relato de Caso: Paciente 53 anos, sexo feminino, natural do RJ. Hipertensa há 5 anos. Procurou atendimento emergencial após ouvir "estalos" nos MMSS há 1 ano, sendo realizado RX e encaminhada ao HUCFF para investigação. Na história pregressa relatou dor nos membros inferiores há 3 anos que há 1 ano tornou-se incapacitante, impedindo-a de andar. Havia também dor e sensação de aumento do volume dos MMSS e dos ossos da face. Ao exame físico não apresentava nódulo ou massa cervical palpável. Apresentava exames laboratoriais demonstrando Hipercalcemia, cujo valor era Ca:14,7, além de PTH:1377, Potássio:2,5, Cr:0,5, Fosfatase Alcalina:1380, Ca urina:306, P.urina:1113.

TC de tórax revelou nódulo hipodenso de limites precisos e contornos regulares de 1,9x1,8cm adjacente ao lobo tireoidiano esquerdo e múltiplas lesões líticas, sem halo de esclerose nos corpos vertebrais e pedículos de T2, T4, T5, T8, T12 e L1, além de arcos costais. A USG mostrou lobo esquerdo com 3 formações nodulares e a cintilografia imagem sugestiva de adenoma e/ou hiperplasia.

Encaminhada à cirurgia geral foi realizado Lobectomia esquerda com istmectomia, paratireoidectomia inferior esquerda, tirectomia parcial e linfadenectomia cervical à esquerda. Exame de congelamento per-operatório revelou carcinoma de paratireoide. Apresentou em pós-operatório síndrome de fome óssea, a despeito de reposição de cálcio e calcitriol. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico e foi estadiado como pT4 Nx Mx.

Conclusão: Este trabalho relata um caso de hiperparatireoidismo primário, sem massa cervical palpável, com uma vasta sintomatologia. O prognóstico é variável, porém a identificação e ressecção do tumor são essências para controle da doença e morbimortalidade.

158

RESSECÇÃO ALARGADA POR ADENOCARCINOMA DE CÓLON

ALICE PAES ALVES PEQUENO, HANNA VASCONCELOS SENA DE CARVALHO e GUILHERME BRANDÃO BOUZAS

HFI

INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é a quinta neoplasia mais diagnosticada no Brasil e em média 12% dos casos são diagnosticados em estágios localmente avançados, sem apresentar implantes metastáticos. Nos casos de tumores localmente avançados, a ressecção em bloco se torna a opção terapêutica mais adequada para maior sobrevida. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um adenocarcinoma de cólon transverso com invasão do estômago, cauda do pâncreas, baço e diafragma, tratado com ressecção alargada, multivisceral e em monobloco. **RELATO DO CASO:** ES, feminina, 46 anos, queixa de dor abdominal em hipocôndrio esquerdo, associada a perda ponderal de 12 kg em 2 meses. Foi submetida a colonoscopia que evidenciou lesão infiltrante de cólon descendente proximal, biópsia revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tomografia computadorizada evidenciou formação expansiva na flexura esplênica, medindo 10,1 x 9,0 x 8,0 cm, com íntimo contato e sem plano de clivagem com a grande curvatura gástrica e cauda do pâncreas. Fígado livre de implantes secundários. Foi submetida a transversectomia com anastomose primária, gastrectomia vertical, pancreatectomia corpo-caudal, esplenectomia e ressecção do diafragma com retirada da peça em monobloco. Laudo histopatológico da peça cirúrgica revelou adenocarcinoma moderadamente diferenciado medindo 11,0 cm no maior eixo, infiltrando estômago, firmemente aderido ao pâncreas, ao baço e ao diafragma sem infiltrá-los. Margens cirúrgicas livres de neoplasia. Classificação patológica T4bN0. No pós operatório, evoluiu com deiscência da anastomose colônica, submetida a reabordagem com colectomia esquerda a Hartmann. Evoluiu também com fístula pancreática grau A. Recebeu alta hospitalar no 40 º dia de pós operatório, encaminhada para quimioterapia adjuvante. Segue em acompanhamento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** O adenocarcinoma colorretal localmente invasivo sem metástase a distância tem como único tratamento com intenção curativa a ressecção alargada em monobloco. Ressecção limita para tumores localmente invasivos resulta em 5% de sobrevida em cinco anos, enquanto a ressecção alargada resulta em taxa de sobrevida de 33%. Embora a morbidade pós operatória seja maior que na cirurgia convencional, a abordagem em monobloco reduz a incidência de sangramento e contribui para índices de recidiva local, tempo livre de doença e sobrevida global semelhantes aos casos que não requerem ressecção multivisceral.

162

FASCIITE NECROSANTE POR DIVERTICULITE PERFURADA: RELATO DE CASO

ANA CAROLINA DE MORAES BUENO, JAIR JHONATAN DE SÁ SILVA, BRENO BARROS ALVES, ANA CLAUDIA AGUIAR ALVES, CARLOS AUGUSTO M. BATISTA, ANNA LUISA AGUIAR GUIMARÃES, CAMILA R. MARINHO e BERNARDO TEIXEIRA PENTANHA

FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA - FMV

Introdução: Fasciíte Necrosante (FN) é uma infecção bacteriana infrequente do TCSC e fáscia muscular. É grave, rapidamente progressiva e altamente letal se não detectada e tratada precocemente. O diagnóstico é clínico e pode ser tratada com desbridamento cirúrgico, ATB empírica e suporte. Apresentamos um caso de FN por Diverticulite Aguda (DA) perfurada. **Relato de Caso:** Mulher, 36 anos, admitida no HELGJ-FMV com dor abdominal intensa há 14 dias, piora progressiva há 3 dias e surgimento de abaulamento em FIE. Refere que foi tratada como gastroenterite, sem sucesso. EF abdominal: dor à palpação profunda em FIE, flogose e abaulamento. LAB: leucocitose com neutrofilia. TC de abdome: DA com abscesso de parede. Submetida à Salpingooforectomia direita + Colectomia à Hartmann + Fasciectomia. Per-op: DA perfurada + FN + Necrose de anexos. Iniciados Cefepime e Metronidazol EV + curativo diário com Sulfadiazina de Prata. Pós-op em UTI com deiscência de sutura. Após 12 dias houve melhora e transferência para enfermaria. Lá cursou com febre, saída de conteúdo purulento e fétido da FO e áreas de necrose. Feito desbridamento cirúrgico e associada Vancomicina. Swab da FO: S. aureus, P. aeruginosa e A. baumannii complex. Recebeu alta após 15 dias de evolução favorável. **Conclusão:** A FN é grave e na maioria das vezes fatal. O diagnóstico clínico precoce, intervenção cirúrgica e ATB são os pilares para boa evolução e foram adotados neste caso com sucesso.

163

MÚLTIPLOS CEC E CBC EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL

CHRYSTIAN JUNIO RODRIGUES, RENI CECÍLIA LOPES, HEIDER SILVA DUARTE, FELLYPE COELHO AMARAL, GUILHERME REZENDE, THIAGO ZERAÍK SAMPAIO LUSTOSA, MARCOS VINÍCIUS GONÇALVES DE OLIVEIRA e ANTÔNIO CARLOS LEON DOS SANTOS

HOSPITAL LUXEMBURGO - INSTITUTO MÁRIO PENNA

INTRODUÇÃO: A terapia imunossupressora de longa data, necessária para manter tolerância em pacientes transplantados, contribui para o aumento do risco de câncer. Nestes pacientes, a pele é o sítio mais comum em que se desenvolvem doenças malignas, em particular Carcinoma Escamocelular Cutâneo (CEC) e Carcinoma Basocelular Cutâneo (CBC) são frequentemente diagnosticados. Uma variedade de fatores, incluindo a intensidade e duração da imunossupressão, raça e localização geográfica, podem influenciar a probabilidade de desenvolver câncer de pele nesses pacientes. **RELATO DE CASO:** V.N.O., sexo masculino, 54 anos, portador de doença renal crônica (DRC) há 33 anos, que evoluiu com necessidade de terapia de substituição renal e foi submetido a dois transplantes renais, um no ano de 1985 e outro em 2010. Desde o primeiro transplante faz uso contínuo de medicação imunossupressora e glicocorticoides como: Azatioprina, Ciclosporina, Prednisona, Everolimo, o acompanhamento com a Cirurgia Geral ocorre desde 2007 e, nesse período, já foram ressecadas múltiplas lesões de pele com diagnóstico de CEC e CBC. A distribuição dessas lesões foi principalmente em face, couro cabeludo, tórax, tronco e membros superiores; durante o acompanhamento houve período de abandono pelo paciente e no retorno foram evidenciadas lesões extensas em membros superiores, com necessidade de amputação de quírodactilos e antebraço para abordagem com margem de segurança. **CONCLUSÃO:** A associação entre imunossupressão em transplantados e câncer tem sido amplamente estudada. A redução funcional do sistema imune, o efeito carcinogênico direto dos agentes imunossupressores e proliferação de vírus oncogênicos têm sido implicados como fatores contribuintes para desenvolvimento de câncer de pele nesses casos. A aparência das lesões geralmente assemelha às dos pacientes imunocompetentes, porém nos transplantados é mais comum o desenvolvimento de lesões múltiplas. O acompanhamento ambulatorial pós transplante deve ser feito regularmente com intenção de diagnóstico e tratamento precoces das lesões malignas, além disso a terapia com imunossupressores inibidores de mTOR, como o Everolimo, parece reduzir a incidência de câncer de pele não-melanoma e deve ser priorizada nesses pacientes.

164

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO RETROPERITONEAL

CHRYSTIAN JUNIO RODRIGUES, SEIJI MIYATA, FELLYPE COELHO AMARAL, GUILHERME REZENDE, HEIDER SILVA DUARTE, THIAGO ZERAÍK SAMPAIO LUSTOSA, MARCOS VINÍCIUS GONÇALVES DE OLIVEIRA e HELENA BOTELHO MARQUES

HOSPITAL LUXEMBURGO - INSTITUTO MÁRIO PENNA

INTRODUÇÃO: O tumor fibroso solitário (TFS) é uma neoplasia de origem mesenquimal, incide principalmente entre a quarta e a sétima década de vida, é mais comumente encontrado na pleura (30 a 40%), mas também pode se situar na cabeça, pescoço, abdome e pelve. É uma afecção rara, com menos de 100 casos relatados na literatura. A maior parte é benigna, mas 10% a 20% podem exibir comportamento maligno. **RELATO DE CASO:** E.J.A.V., sexo masculino, 72 anos, encaminhado ao ambulatório de cirurgia oncológica com quadro de perda ponderal e dor em fossa ilíaca direita. À palpação abdominal notou-se massa móvel em flanco direito. Tomografia de abdome evidenciou volumosa lesão expansiva, bem delimitada em flanco direito, com áreas centrais de necrose, medindo 12x9x12 cm, deslocando cólon ascendente anteromedialmente. Colonoscopia observou abaulamento extrínseco em ângulo hepático, sem obstrução local. Aparentadas hipóteses diagnósticas de lipossarcoma, leiomiossarcoma de retroperitônio ou metástase. Programada laparotomia exploradora, procedida exérese de lesão retroperitoneal com plano de clivagem com fígado, rim direito e veia cava. Estudo anatomopatológico mostrou lesão de origem mesenquimal, com raras mitoses e margens cirúrgicas livres. A imuno-histoquímica revelou expressão de CD34 e STAT 6, negativa para proteína S-100, achados consistentes com o diagnóstico de TFS. Paciente evoluiu satisfatoriamente, recebeu alta no segundo dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** O TFS tem origem controversa, sugere-se que seja de células mesenquimais indiferenciadas. O quadro clínico varia conforme o sítio de localização, crescimento da lesão é lento, são pouco comuns síndromes paraneoplásicas e os diagnósticos diferenciais incluem tumores sólidos como sarcoma, leiomioma, fibrossarcoma e histiocitoma. Exames de imagem têm alta sensibilidade, mas baixa especificidade e fornecem informações para programação cirúrgica. O diagnóstico é obtido por meio de histopatologia e imuno-histoquímica é fundamental para o diagnóstico de certeza, pois expressam marcadores como CD34, Bcl2, CD99 e vimentina. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica com margens de segurança, podendo ser necessária a embolização pré-operatória. Não há na literatura estudos consistentes para indicação ou benefício de tratamento quimioterápico e/ou radioterápico adjuvantes. Após a abordagem cirúrgica, é necessário o acompanhamento periódico pelo risco de recidiva local e metástases a distância.

165

CASO INCOMPLETO DA TRIÁDE DE CARNEY: CONDROMA PULMONAR ISOLADO

CHRYSTIAN JUNIO RODRIGUES, ERLON DE AVILA CARVALHO, FELLYPE COELHO AMARAL, HEIDER SILVA DUARTE, GUILHERME REZENDE, THIAGO ZERAÍK SAMPAIO LUSTOSA, MARCOS VINÍCIUS GONÇALVES DE OLIVEIRA e MARCELA PINHEIRO DE ARAÚJO CRAIDE

HOSPITAL LUXEMBURGO - INSTITUTO MÁRIO PENNA

INTRODUÇÃO: A Triáde de Carney associa três tumores distintos: o tumor do estroma gástrico (GIST), o condroma pulmonar e o paraganglioma extra-adrenal, doença bastante rara, com predomínio em mulheres jovens, sendo mais frequente a forma incompleta da triáde, (quando pelo menos dois dos componentes estão presentes). O intervalo entre o aparecimento dos tumores é bastante variável, sendo assintomático na maioria dos casos, mas quando presente, os sintomas são bastante variáveis: o GIST é associado a quadro de sangramento gástrico e anemia, apresenta potencial de malignização; o condroma pode causar quadro de obstrução brônquica e infecção recorrente; o paraganglioma ocorre predominantemente no mediastino e seus sintomas estão relacionados a produção de catecolaminas ou ao crescimento local. O tratamento é a ressecção cirúrgica. O acompanhamento é prolongado, devido as taxas de metástase e pelo longo intervalo entre o surgimento dos tumores. **RELATO DE CASO:** A.S.R., sexo masculino, 44 anos, encaminhado ao serviço de cirurgia torácica em razão de massa pulmonar, localizada no lobo superior direito (LSD). Portador de hipertensão arterial, ex-tabagista, encontrava-se assintomático. Realizado tomografia computadorizada (TC) de tórax que evidenciou massa em LSD de contornos lobulados, heterogênea, com densidade de partes moles e pequenas zonas hipodensas de perimeio, além de calcificações, medindo 51 x 38mm. Optado por lobectomia pulmonar, observado no intraoperatório massa nodular branca, firme e bem delimitada invadindo os três segmentos do LSD, sem acometimento da cissura do lobo médio. Ao anatomopatológico, diagnosticado condroma pulmonar com margens livres. **CONCLUSÃO:** O condroma pulmonar é neoplasia rara, geralmente assintomática e diretamente ligada à triáde de Carney. Seu diagnóstico, em razão do longo intervalo de tempo entre o surgimento ou recorrência dos tumores, requer acompanhamento dos pacientes por longos períodos, mesmo nos pacientes assintomáticos, sendo o prognóstico bom quando o diagnóstico é precoce. Em relação ao caso descrito, aventado a hipótese da triáde de Carney, foram solicitados endoscopia digestiva alta e colonoscopia, sendo identificada gastrite crônica sem metaplasia e dois pólipos colônicos constituídos por adenoma tubular e displasia de baixo grau. TC de tórax e abdome solicitadas no pré-operatório não encontravam-se normais e sem lesões expansivas.

166

HÉRNIA DE RICHTER ESTRANGULADA COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO PERFORATIVO: RELATO DE CASO

MARCELLO ARAUJO DE SOUZA, ANNA LUISA AGUIAR GUIMARÃES, GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES, DANIELA DE SOUZA ANDRADE, ANA CAROLINA COUTAS DE OLIVEIRA, BRENO BARROS ALVES, CARLOS AUGUSTO BATISTA e ANA BEATRIZ ESTEVES BATISTA

FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA-RJ

INTRODUÇÃO: A hérnia de Richter é uma hérnia abdominal rara em que apenas parte da circunferência do intestino (bordo antimesentérico) é aprisionada e estrangulada no orifício herniário. Por esse motivo, associa-se a uma alta taxa de mortalidade. Surgem em qualquer topografia, mais comumente anel femoral, canal inguinal e em hérnia incisional. Mais raramente em região umbilical, Spiegel, triângulo de Petit, hérnias internas, obturadora, hérnia diafragmática ou orifícios de laparoscopias. O exame clínico continua a ser a chave para o diagnóstico correto e tempo exato para a cirurgia. Exames de imagem são de utilidade duvidosa no diagnóstico precoce, pois o pequeno segmento da parede do intestino preso dificilmente é visualizado. O tratamento é cirúrgico, sendo a técnica ideal a laparotomia exploradora com ressecção da alça intestinal afetada. Suporte clínico adequado é fundamental. **RELATO DE CASO:** Homem, 65 anos, deu entrada com quadro de náuseas e vômitos, hiporexia, diarreia, dor e distensão abdominal. Ao exame físico apresentava-se desidratado, hipocorado, com dor a palpação e distensão abdominal, hipertimpanismo a percussão, cicatriz mediana e abaulamento na cicatriz umbilical. Internado para investigação. No 2º dia de internação apresentou taquicardia, hipotensão e abdome mais distendido e doloroso à palpação superficial e profunda. Laboratório: leucocitose com neutrofilia. RX tórax: pneumoperitônio à direita. Indicado laparotomia exploradora mediana, que encontrou ar, peritonite purulenta difusa e secreção entérica na cavidade + alça de íleo presa na cicatriz umbilical pela face contramesentérica e com perfuração local. Foi realizada enterectomia parcial com enteroenteroanastomose termino-terminal com fio de prolene 2-0. Paciente evoluiu grave no UTI, com piora do quadro e o óbito no 2º dia pós-operatório. **CONCLUSÃO:** Descreve-se aqui um caso de hérnia de Richter que corrobora com a literatura em gravidade, idade e local de acometimento, sendo possíveis observar as características desta hérnia e a forma de abordagem correta, apesar do desfecho desfavorável do caso.

167

HIBERNOMA - UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES SUBCUTÂNEOS

LEANDRO MARCHETTI BRUNO, ANIELA RODRIGUES GOMES DE BARROS e ANTONIO KNEIPP PITTA DE CASTRO NETO

UFRJ

Introdução:

Os tumores da pele e do subcutâneo possuem diversas apresentações, tendo o lipoma como principal tumor mesenquimal. Sua prevalência é estimada em até 10% da população, sendo composto por células de gordura de característica benigna.

O hibernoma é um representante raro deste grupo de tumores e semelhante ao lipoma em sua apresentação e características histológicas. É também composto por células de gordura, porém há predomínio marcante de gordura marrom.

O quadro clínico é semelhante, sendo comumente apresentado por tumefação na pele, geralmente indolor. Não é possível a precisão diagnóstica pelo exame físico ou exames de imagem. A ultrassonografia de partes moles evidencia formação subcutânea geralmente encapsulada, móvel e mole com densidade de gordura (sugerindo lipoma em ambos os casos).

Relato do caso:

Paciente masculino, de meia-idade, com queixa de massa volumosa em região poplitea direita, dolorosa à deambulação. Ultrassonografia evidenciando massa volumosa subcutânea (maior que 10cm), não-septada, de característica gordurosa, sugestiva de lipoma.

Ao exame físico, apresentava massa móvel, volumosa, em região poplitea direita, dificultando mobilização do referido membro, sem sinais flogísticos.

O paciente foi submetido a sedação anestésica em centro cirúrgico devido ao grande volume da massa. Foi realizada exérese em decúbito ventral, com incisão elíptica poplitea direita e ressecção do tumor com descolamento da cápsula (excisão em bloco). Foi necessária confecção de retalho cutâneo para recobrir o defeito.

Histopatológico: "Formação tumoral medindo 12,0 x 8,0 x 7,0cm, com superfície amarela, lobulada e parcialmente recoberta por cápsula delgada e pele medindo 10,0 x 6,0cm. Aos cortes, o tecido é amarelo e untuoso. Conclusão: Hibernoma."

Conclusão:

O hibernoma possui clínica e estratégias diagnóstica e cirúrgica muito semelhantes aos tumores benignos de subcutâneo, como o lipoma. Embora raramente presente, não modifica o prognóstico, sendo considerado um achado histológico.

168

DIVERTICULITE COMPLICADA COM ABSCESSO PERIVESICAL - PSEUDO-TUMOR DE BEXIGA

LEANDRO MARCHETTI BRUNO, LUIZ CARLOS DUARTE DE MIRANDA, THIAGO FÉLIX FROEDE, MARIAMA BARROSO DE LIMA, BRUNA VASCONCELLOS GUIMARÃES e LÍVIA BERNARDEZ SALLES DE ASSIS

UFRJ

Introdução: A doença diverticular do cólon possui alta prevalência, podendo atingir até 65% da população maior de 50 anos. Mais comum em idosos e mulheres, pode se apresentar na forma complicada em até 25% dos casos, com fístulas, abscessos, obstrução e peritonite.

Os casos de perfuração e abscesso podem gerar distorção da anatomia ao exame de imagem, dificultando a definição do sítio primário de doença, especialmente quando há envolvimento de estruturas adjacentes.

Relato do caso: Paciente masculino, 50 anos, ex-tabagista, etilista, HAS, DM, com queixa de disúria há 2 meses, refratária à antibioticoterapia. Evoluiu com dor abdominal e foi submetido a USG e cistoscopia (externas) que evidenciaram abaulamento de parede lateral esquerda/ cúpula vesical, maior que 5cm, sugerindo tumor de bexiga. A TC mostrou bexiga com lesão vegetante supero-lateral esquerda, irregular, com realce heterogêneo e contiguidade com área com focos de gás (40x22mm), sem plano de clivagem com o sigmóide espessado, sugerindo fístula/necrose e invasão tumoral. Foi procedida, então, internação.

À anamnese, relatou abscesso perianal prévio (Fournier), com colostomia de proteção (2012), submetido a reconstrução de trânsito no mesmo ano. Apresentou novo abscesso perianal em 2016 necessitando de drenagem cirúrgica.

Indagado, relata disúria e pneumatúria (sem hematúria) e clínica de suboclusão intestinal.

Devido à história evolutiva, ausência de hematúria e comportamento incomum da hipótese diagnóstica de tumor de bexiga, foi solicitada RNM de pelve para elucidação:

Espessamento circunferencial e realce parietal do sigmóide (9cm) borrando a gordura adjacente em continuidade com abscesso de conteúdo fecal e gás (4,5 x 3,0cm) com íntimo contato com o domo da bexiga (parede súpero-lateral esquerda), esta com gás no interior. Aspecto de diverticulite complicada com provável fístula para bexiga.

Foi submetido a retrossigmoidectomia (Hartmann) e secção parcial de bexiga pela proctologia, confirmando o diagnóstico da RNM no intra-operatório. O histopatológico confirmou diverticulite e ausência de tumor em porção vesical (apenas reação inflamatória).

Conclusão: A avaliação do paciente deve ser individualizada, observando-se as queixas, a história do mesmo e o tipo de evolução da hipótese diagnóstica. A abordagem cirúrgica não deve ser indicada exclusivamente por exame de imagem. A boa atuação em equipe multidisciplinar é indispensável para lograr o êxito do tratamento adequado.

169

DUPLA RETALHO DE LIMBERG PARA FECHAMENTO DE GRANDE ÁREA DE MENINGOMIELOCELE EM RECÉM-NASCIDO

JÚLIA LUBACZWSKI DOS SANTOS, LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA, LUCAS PASTORI STEFFEN e MARIA JÚLIA MARIANO SANQUITE HOFFMANN

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL - ULBRA

A meningomielocoele é um defeito da medula espinhal, da coluna vertebral e da pele sobre essa área, resultando em um defeito no fechamento da porção posterior do tubo neural durante a quarta semana de gestação. Dentre os defeitos espinhais congênitos, a meningomielocoele é o mais comum. Sua etiologia é multifatorial com participação de fatores genéticos e ambientais que afetam o metabolismo do ácido fólico, mas ainda não está totalmente esclarecida. Em três quartos dos casos, a região lombossacral é afetada e está associada a déficit motor e sensitivo dos membros inferiores, do reto e da bexiga. O fechamento precoce, idealmente nas primeiras 24 horas após o nascimento, do defeito é mandatório, com o objetivo de reduzir as infecções agudas da pele relacionadas ao sistema nervoso central, preservar todo o tecido nervoso viável e reconstituir anatomicamente a área. Nos pacientes não tratados, o índice de mortalidade encontrado é de 65% a 75%, nas primeiras seis semanas de vida.

Paciente do sexo masculino, com 6 horas de vida, portador de meningomielocoele rota congênita diagnosticada durante exame pré-natal de ultrassonografia. Apresentava comprometimento motor e sensitivo de membros inferiores. Em seguida ao nascimento, foi submetido a procedimento neurocirúrgico para fechamento do canal medular. Logo após a conclusão da cirurgia, iniciou-se nova intervenção pela equipe de cirurgia plástica, agora, para fechamento da área cruenta sacrococcígea. Foi realizada confecção de duplo retalho de Limberg, randomizado, dermogorduroso em região lombossacral por combinação de rotação e avançamento bilateral. O retalho no pós-operatório imediato apresentou boa perfusão, com repulsação imediata após a compressão, sem alteração da coloração (cianose ou palidez).

O retalho de Limberg não dissecou os músculos do dorso, como fazem os retalhos músculo-cutâneos; portanto, a manutenção da postura no pós-operatório é mais facilmente atingida. Além disso, a musculatura preservada facilita o esvaziamento da bexiga com manobra de Valsalva. O retalho apresenta, ainda, aporte sanguíneo randômico e seguro e não requer uma camada de suporte entre a dura e a pele. O uso do duplo retalho de Limberg para fechamento de defeitos grandes de meningomielocoele apresentou-se como alternativa viável, com baixo índice de complicações, técnica segura de realização, resultado estético harmônico e bom resultado funcional, não requerendo enxertos cutâneos para cobertura da área doadora dos retalhos.

170

ENXERTOS PARCIAIS DE PELE ASSOCIADOS A FECHAMENTO COM CURATIVO A VÁCUO EM CASO DE LINFANGITE CRÔNICA

JÚLIA LUBACZWSKI DOS SANTOS, LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA e LUCAS PASTORI STEFFEN

UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL- ULBRA

O linfedema é uma doença crônica que se manifesta pelo acúmulo de líquido intersticial e alterações teciduais ocasionados por uma insuficiência da circulação linfática. Além do edema localizado, alterações gradativas no padrão histológico, como fibrose, aumento das células de gordura e diminuição da imunidade do local afetado podem determinar importantes repercussões funcionais e estéticas que alteram a qualidade de vida dos portadores da doença. O membro com linfedema pode desenvolver infecções bacterianas frequentes conhecidas com erisipelas. O processo inflamatório, ocasionado pelas infecções, piora o linfedema e agrava a fibrose tecidual o que aumenta o volume e o peso do membro e limita suas funções. A lesão típica da linfangite pode evoluir rapidamente para um estado mais grave com desenvolvimento de bolhas, úlceras e até necrose sobre a área lesionada.

Paciente de 44 anos, caminhoneiro, obeso; nega outras comorbidades. Refere ter notado o aparecimento de edema em membros inferiores desde muito jovem. Há cerca de 20 anos, conta ter se ferido em face lateral do membro inferior direito. Após esse episódio, relata ter notado o edema dos membros cada vez maior até o aparecimento de erisipelas bolhosas em ambas as pernas. Relata vários episódios parecidos ao longo dos anos. Internou, agora, com gangrena de membro inferior direito. Foi realizado debridamento do membro inferior direito e drenagem de abundante quantidade de líquido linfático compatível com quadro clínico de linfangite crônica. Posteriormente, foi realizado novo debridamento de áreas desvitalizadas de ferida da perna direita, excisão tangencial de tecido de granulação exuberante para planificação do leito da ferida, retirada de pele de espessura parcial da face anterior da coxa direita, implantação de enxertos parciais de pele ao leito receptor associado a fechamento com curativo a vácuo funcionante. O método de curativo a vácuo, escolhido nesse caso, é um sistema utilizado na cicatrização de feridas em que se institui uma pressão negativa localizada e controlada, com o objetivo de estimular a granulação e a cicatrização mais rápida. Promove a vasodilatação arterial e, consequentemente, o aumento do fluxo sanguíneo nos tecidos. A remoção dos fluidos diminui o edema, a pressão intersticial e a colonização bacteriana, criando um ambiente úmido benéfico para a migração epitelial e a cicatrização. Além disso, a pressão negativa atrai os bordos da ferida ao centro, diminuindo dimensões.

171

CIRURGIA DO CONTROLE DO DANO NO TRAUMA HEPÁTICO GRAVE: UM RELATO DE CASO

GABRIELA MARCHETTI DE CASTRO, MIRLEN LOPES SENA, ALEXIA DE SOUZA AZEVEDO, BRUNA CARMINATTI BAVARESCO, RODRIGO DA SILVA GOMES e LUCAS CARVALHO SANTOS DOS REIS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS CONSTANTINO OTTAVIANO

INTRODUÇÃO: Atualmente, a morbimortalidade gerada pelo trauma afeta de forma importante a sociedade, devido a característica de predominar entre a faixa etária economicamente ativa da população. Com o passar dos anos o atendimento a esse tipo de paciente mudou muito, se tornando sistematizado, o que melhorou o desfecho final desses doentes. Hoje, todo doente vítima de trauma deve ter seu atendimento inicial baseado nos preceitos orientados pelo protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support – Suporte avançado de Vida no Trauma).

O trauma abdominal contuso ou perfurativo com lesão hepática é cenário das emergências em 5% dos casos de trauma abdominal atendidos. **RELATO DE CASO:** ESC, masculino, 14 anos, foi encaminhado ao serviço de Cirurgia Geral do Hospital das Clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano, 12 horas após ter sofrido acidente automobilístico (capotamento de auto). O paciente deu entrada com queixa de dor abdominal difusa que se iniciou algumas horas após o acidente. Ao exame de admissão encontrava-se lícido, hipocorado, acianótico, vias aéreas pervias, eupneico em ar ambiente, frequência cardíaca de 110 bpm, pressão arterial sistêmica de 130 x 80 mmHg, ECG 15, abdome distendido, tenso, doloroso à palpação difusamente sem sinais de irritação peritoneal. Trouxe laboratório da UPA que mostrava níveis de hemoglobina de 11 mg/dl e hematócrito de 33 %. TC de abdome com hemoperitônio suspeito.

Foi decidido por intervenção cirúrgica imediata, sendo realizada laparotomia exploradora, que no inventário da cavidade permitia observação de importante hemoperitônio e lesão hepática grau IV comprometendo os segmentos VI e VII, determinando avulsão de parte do segmento VI com sangramento ativo. Evoluiu, no transoperatório, com instabilidade hemodinâmica, e a conduta cirúrgica escolhida foi o damage control e peritoniotomia. Apresentando estabilidade hemodinâmica após 24 horas de controle do dano, o paciente foi reabordado tendo sido realizado procedimento definitivo. Permaneceu em CTI até o terceiro PO, recebendo alta hospitalar nove dias após chegada ao serviço.

CONCLUSÃO: O atendimento aos pacientes vítima de trauma evoluiu nos últimos anos, principalmente devido à sistematização dos protocolos estabelecidos. O tratamento conservador do trauma hepático é factível e seguro, mas exige experiência devido à complexidade anatômica do fígado e domínio das diversas técnicas de damage control.

172

CARCINOMA DE PARATIREOIDE INTRATIREOIDIANO NÃO FUNCIONANTE - RELATO DE CASO

PEDRO HENRIQUE ESTEVES GONÇALVES, MANUEL DOMINGOS DA CRUZ GONÇALVES, SILVIO HENRIQUES DA CUNHA NETO, MARCOS FEIJÓ GIANOTTI e JOAQUIM RIBEIRO FILHO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

INTRODUÇÃO: O CARCINOMA DE PARATIREOIDE É UM CÂNCER RARO, CORRESPONDENDO A 0,005% DE TODAS AS NEOPLASIAS MALIGNAS E 1-2% DOS CASOS DE HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO, DEVE-SE DESCONFIAR DESSA POSSIBILIDADE EM PACIENTES COM NÍVEIS MUITO ELEVADOS DE CÁLCIO E PARATORMÔNIO, ESPECIALMENTE QUANDO HÁ PRESENÇA DE TUMORAÇÃO CERVICAL PALPÁVEL CONCOMITANTE. O DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA NA BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO E ATÉ MESMO NO HISTOPATOLÓGICO É DIFÍCIL, SENDO O DADO MAIS IMPORTANTE PARA ESSE DIAGNÓSTICO A PRESENÇA DE INVASÃO LOCAL E/OU METÁSTASES. A CIRURGIA QUE DEVE SER REALIZADA É A RESSECÇÃO DO TUMOR E DOS TECIDOS ADJACENTES, INCLUINDO O LOBO TIREOIDIANO IPSILATERAL. OS CARCINOMAS NÃO FUNCIONANTES DE PARATIREOIDE SÃO MUITO RAROS, SENDO RELATADOS NA LITERATURA SOMENTE 32 CASOS E A LOCALIZAÇÃO INTRATIREOIDIANA DE UM CARCINOMA DE PARATIREOIDE NÃO FUNCIONANTE É RARISSIMA.

RELATO DE CASO: PACIENTE MASCULINO, 48 ANOS, PORTADOR DE BÓCIO MULTINODULAR (BMN), COM NÓDULO DE 15mm NO ISTIMO, HIPOECÓICO E NÓDULO HIPOECÓICO DE 42 mm NO LOBO ESQUERDO DA TIREÓIDE. A PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA (PAAF) DO NÓDULO DOMINANTE REVELOU BETHESDA III COM DESORGANIZAÇÃO ARQUITETURAL E ATÍPIAS DE BAIXO GRAU E O DO ISTIMO, CÉLULAS FOLICULARES COM MICROFOLÍCULOS E FORMAÇÃO DE PAPILAS (BETHESDA IV). NÃO HOUVE SUSPEITA PRÉ OPERATÓRIA DE HIPERPARATIREOIDISMO, POIS O PACIENTE NÃO APRESENTAVA MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS OU ALTERAÇÕES LABORATORIAIS COMPATÍVEIS, INCLUSIVE COM CÁLCIO NORMAL. FOI INDICADA CIRURGIA PELO DIAGNÓSTICO DE BMN COM NÓDULOS DE COMPORTAMENTO INCERTO. REALIZADA TIREOIDECTOMIA TOTAL, ENCONTRANDO-SE NÓDULO GRANDE ENCAPSULADO NO LOBO ESQUERDO, ESTENDENDO-SE PARA O ISTIMO, SEM INVASÃO LOCAL OU METÁSTASES. PACIENTE EVOLUIU COM HIPOCALCEMIA TRANSITÓRIA NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO.

O EXAME HISTOPATOLÓGICO MOSTROU MASSA COALESCENTE 6X5CM NO LOBO ESQUERDO E ISTIMO COMPOSTA POR CÉLULAS MONOMÓRFICAS COM ATÍPIAS NUCLEARES LEVES, EM PADRÃO ACINAR, COM NÓDULOS PERMEADOS POR TRAVES DE FIBROSE GROSSEIRAS, ANGIOINVASÃO E INVASÃO FOCAL DA GORDURA DE PERMEIO. DIAGNOSTICADO COMO CARCINOMA DE PARATIREOIDE, SENDO REALIZADO EXAME IMUNOHISTOQUÍMICO QUE FOI NEGATIVO PARA TIREOGLOBULINA TTF-1 SINAPTOFISINA E POSSÍTICO PARA CROMOGRANINA E CYTOQUERATINA. **CONCLUSÃO:** É UM CASO MUITO RARO DE CARCINOMA DE PARATIREOIDE NÃO FUNCIONANTE E INTRATIREOIDIANO, SOMENTE DIAGNOSTICADO EM EXAME HISTOPATOLÓGICO E IMUNOHISTOQUÍMICA, TENDO SIDO OPERADO POR TER NÓDULOS NA TIREÓIDE DE COMPORTAMENTO INCERTO (BETHESDA III E IV)

173

CÁLCULO VESICAL GIGANTE: RELATO DE CASO

DANIELA DE SOUZA ANDRADE, GABRIEL S. THIAGO CAVALLEIRO, INGRID HELLEN DE RESENDE, JAIR JONATHAN DE SÁ SILVA, BRENO BARROS ALVES, LAURA DIAS PEREIRA, ANNA LUISA AGUIAR GUIMARÃES e CARLOS HENRIQUE DINIZ BRANCO

CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE VALENÇA

Introdução: A litíase vesical é causada pelo acúmulo de sais geralmente oriundos dos rins que migram para a bexiga e que, por um processo que dificulta o esvaziamento vesical proporciona a formação de cálculos vesicais. Quando > 100g são incomuns. **Relato de caso:** Homem, 60 anos. Admitido no PS do HELGJ-FMV dia 03/02/2018, com queixa de dor escrotal de início súbito associado a edema, apresentava história de estenose uretral. Iniciado analgesia e solicitado USG de rins, vias urinárias e próstata, que evidenciou distensão vesical e imagem hiperecogênica, alongada, com sombra acústica posterior de 9,3x8,3x6,5cm junto a porção posterior e resíduo pós-miccional de 150ml, próstata pesando 76 g, com contorno lobulado, sugestivo de HBP. TC de abdome e pelve com contraste, evidenciando formação nodular heterogênea, predominantemente calcificada, sem impregnação de contraste medindo 11,3x9,4x7,5cm (TxAPxL), intravesical, obstruindo os meatos ureterais com focos de gás no interior da bexiga e hidronefrose bilateralmente. A cirurgia (cistolitotomia), encontrou um cálculo Único e grande, pesando 670 g, de aspecto amarelado, ocupando quase toda a bexiga. **Conclusão:** A litíase vesical é uma patologia multifatorial, comum na urologia, porém os casos de cálculos > 100g são raros, tendo como melhor opção terapêutica a cistolitotomia, já que a eliminação espontânea é inviável.

174

O USO DA TÉCNICA DE LESSA COMO CIRURGIA REPARADORA DE ENTROPÍO INVOLUCIONAL E PROVIDORA DE SAÚDE.

DÉBORA FERREIRA DOS SANTOS, STEEV GIOVANNI DIBURGA, JOSÉ MARTINIANO SANTOS DE LIMA FILHO, NAJARA GOMES DOS SANTOS, RIVELINO TRINDADE AZEVEDO, BEATRIZ ESCUDEIRO NASCIMENTO, LEO LARA ESPINOZA e FLÁVIO MARQUES DE CARVALHO

UNIRIO

Introdução: O entropíó é um defeito palpebral evidenciado pela inversão da margem. Os principais sintomas são irritação ocular, sensação de corpo estranho, lacrimação, ceratite e ulceração corneana, pelo constante contato dos cílios com o globo ocular. Embora o entropíó seja classificado em cicatricial, senil e involucional, este último é o mais frequente, acometendo apenas a pálpebra inferior. Lessa, em 1977, descreveu um método para reparação do entropíó involucional, baseada na técnica modificada de Jones, Reeh e Tsujimura, acrescentando ao procedimento um suporte para o canto lateral, a cantoplastia ou a cantopexia; na tentativa de resolução dos defeitos palpebrais. O tratamento visa restaurar o encurtamento da pálpebra inferior, a reinserção dos músculos retratores e o redirecionamento do feixe pré-septal do músculo orbicular. Apesar de incomum, pode haver complicações, na forma de cicatrizes hipertróficas, hematomas, infecções ou recidivas, representando um desafio ao cirurgião. Na busca de melhora dos resultados estéticos e funcionais, o estudo objetiva reforçar a importância de aperfeiçoamento das cirurgias reparadoras de pálpebra para promoção de saúde, através do relato de um caso de correção de entropíó involucional usando a técnica de Lessa. **Relato de caso:** A.D.S., sexo feminino, 78 anos, branca, sem história pregressa de doença crônica. Atendida em hospital universitário do Rio de Janeiro em 2018, apresentando inversão da margem palpebral inferior, de início agudo, e referindo o contato persistente da pele e cílios com o globo ocular, evoluindo com irritação local, lacrimação, sensação de corpo estranho, laceração, fotofobia e redução da acuidade visual. Foi realizada a reparação através da técnica de Lessa, com incisão subciliar, 3mm do ponto lacrimal, e dissecação de retalho de pele, expondo o músculo orbicular, na porção pré-tarsal com a pré-septal. O retalho cutâneo foi traçado superiormente e fixado com 3 suturas pele-septo-pele, com seda 6.0. Finalizando com síntese cutânea, uso de fitas microporosas e observando a modificação da posição palpebral. Evoluindo sem queixas alérgicas, deiscências ou outras intercorrências. **Conclusão:** A técnica de Lessa mostrou-se ser eficaz na abordagem do entropíó involucional, com simplicidade de execução e boa reprodutibilidade, com menor tempo cirúrgico e mínimas complicações; importantes para resgate funcional, emocional e promoção de saúde ao paciente.

176

ABORDAGEM DE GRANDE FERIDA EM MEMBRO INFERIOR DE PRÉ-ESCOLAR COM APLICAÇÃO DE SUTURA ELÁSTICA

JAIR JHONATAM DE SÁ SILVA, ANNA LUISA AGUIAR GUIMARÃES, THAMYRIS QUEARELLI REZENDE PEDROSA, RICHARD RAPHAEL BORGES TAVARES VIEIRA, ANA CLAUDIA AGUIAR ALVES e EDUARDO NAKAGAWA DE CARVALHO

HOSPITAL ESCOLA DE VALECA

INTRODUÇÃO: Lesões do terço distal do membro inferior para reconstrução ainda são desafiadoras para os cirurgiões plásticos, devido suas características anatômicas, como pele delgada e escassez de tecidos moles, além da exposição de tendões, feixes vasculonervosos e ossos que devem ser protegidos com uma boa vascularização e quantidade de tecido suficiente para impedir infecções profundas e deterioração das estruturas. Nessas situações, as alternativas cirúrgicas mais utilizadas são os retalhos de pele e os musculocutâneos que por vezes demonstram resultados insatisfatórios. Em 1993, foi descrito um método utilizando elásticos estêreis, evitando necessidade de enxertos cutâneos ou fechamento sob tensão para cobertura de ferimentos deixados abertos.

RELATO DE CASO: Pré-escolar de 7 anos de idade, do sexo masculino e sem comorbidades sofre queda de 1 metro e 80 cm de altura, ocasionando uma lesão corto-contusa da parte distal do membro inferior esquerdo com exposição óssea e grande sangramento. Em primeiro momento ocorreu lavagem da ferida e desbridamento programada pelos cirurgiões, seguida de curativo oclusivo. Em segundo momento, houve avaliação do cirurgião plástico, que optou por realização de sutura elástica em centro cirúrgico. Após anestesia, foi realizado o reavivamento das bordas e aproximação das mesmas através de tiras circulares elásticas de borracha. Paciente teve boa evolução, cicatrização e resultado esperado em relação aproximação das bordas. A segunda abordagem cirúrgica ocorreu após 7 dias com a retirada a sutura elástica e reavivamento da ferida, seguido da sutura tradicional com nylon 3.0, revisão da hemostasia e curativo oclusivo, com fechamento completo da lesão. Paciente evoluiu sem complicações no pós-operatório.

CONCLUSÃO: Podemos descrever nesse relato como vantagens o curto período de internação que minimiza o risco de infecção, reduzida agressão ao organismo, retração cicatricial e rejeição, facilidade da confecção da sutura elástica, além de um resultado final com bom aspecto estético da ferida. A ferida submetida à sutura elástica sofreu uma tensão contínua que levou o fechamento gradativo por mobilização da pele, o que demonstrou excelente resultado no tratamento da mesma, boa aplicabilidade prática, custo do tratamento reduzido, além de apresentar um resultado estético excelente, o que demonstra algumas vantagens sobre as demais técnicas.

175

CARCINOMA DE CISTO TIREOGLOSSO - RELATO DE CASO

PEDRO HENRIQUE ESTEVES GONÇALVES, MANUEL DOMINGOS DA CRUZ GONÇALVES, MARCOS FEIJÓ GIANOTTI, SILVIO HENRIQUES DA CUNHA NETO, JOAQUIM RIBEIRO FILHO e RENATO ALCÂNTARA HALLAK COSTA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

INTRODUÇÃO: O CISTO TIREOGLOSSO É UM TUMOR DA LINHA MÉDIA DO PESCOÇO, GERALMENTE BENIGO, DECORRENTE DE PATÊNCIA EMBRIOLÓGICA DO DUCTO TIREOGLOSSO E QUE OCORRE PRINCIPALMENTE EM JOVENS. A OCORRÊNCIA DE CARCINOMA NO CISTO TIREOGLOSSO É RARA, E A LITERATURA MOSTRA QUE CORRESPONDE A MENOS DE 1% DOS CASOS. NA SUSPEITA PRÉ-OPERATÓRIA, DEVE SER REALIZADA PUNÇÃO BIÓPSIA DO CISTO E INVESTIGAÇÃO DE NÓDULOS NA TIREÓIDE, POIS CERCA DE 11 A 33% APRESENTAM CÂNCER NA TIREÓIDE CONCOMITANTE. NA LITERATURA HÁ DIVERGÊNCIAS EM RELAÇÃO A REALIZAR TIREOIDECTOMIA TOTAL ASSOCIADA A RESSECÇÃO DO CISTO TIREOGLOSSO, QUANDO NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE NÓDULOS SUSPEITOS NA TIREÓIDE.

RELATO DE CASO: OS AUTORES APRESENTAM UM CASO DE PACIENTE MASCULINO, JOVEM (21 ANOS), SEM COMORBIDADES, REFERINDO TUMORAÇÃO NO PESCOÇO HÁ 5 MESES COM CEMENTO PROGRESSIVO. AO EXAME FÍSICO APRESENTAVA TUMORAÇÃO SUBMENTONIANA ACIMA DA CARTILAGEM TIREÓIDEA, MÓVEL COM A EXTERIRIZAÇÃO DA LÍGUA E AUSÊNCIA DE ADENOPATIAS CERVICAIS. A ULTRASSONOGRRAFIA MOSTRAVA FORMAÇÃO CÍSTICA, COM SEPTAÇÃO ESPESSA, NA PROJEÇÃO DA REGIÃO CERVICAL ALTA MEDINDO 3,7 X 2,1CM. COM BASE NO EXAME CLÍNICO E ULTRASSONOGRÁFICO FOI INDICADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM DIAGNÓSTICO DE CISTO TIREOGLOSSO. DURANTE A CIRURGIA FOI EVIDENCIADA TUMORAÇÃO GRANDE SÓLIDO-CÍSTICA, SENDO REALIZADA A CIRURGIA DE SISTRUNK.

O EXAME HISTOPATOLÓGICO REVELOU CARCINOMA PAPILÍFERO DO TIPO USUAL EM CISTO TIREOGLOSSO, COM LESÃO PREDOMINANTEMENTE CÍSTICA E PADRÃO CLÁSSICO DE 1,8CM LIMITADA A PAREDE DO CISTO, E UM LINFONODO LIVRE DE NEOPLASIA.

O PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO PRIMEIRO DIA, MAS NO TERCEIRO DIA RETORNOU COM PEQUENO ABSCESSO NA FERIDA OPERATÓRIA, QUE FOI DRENADO E MEDICADO COM ANTIBIÓTICO, EVOLUINDO BEM. FOI REALIZADA A INVESTIGAÇÃO DA TIREÓIDE, COMPARANDO-SE O ULTRASSOM, PRÉ E PÓS OPERATÓRIO, AMBOS SEM EVIDÊNCIAS DE NÓDULOS NA TIREÓIDE. DECIDIU-SE POR MONITORAMENTO DO PACIENTE SEM REALIZAÇÃO DE TIREOIDECTOMIA. MANTÉM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL HÁ 1 ANO, SEM EVIDÊNCIA DE RECIDIVA DA DOENÇA NO LOCAL OU NA TIREÓIDE.

CONCLUSÃO: EMBORA RARO O CARCINOMA DEVE SER PENSADO EM QUALQUER CISTO TIREOGLOSSO, EM ESPECIAL QUANDO VOLUMOSO E ENDURECIDO. A REALIZAÇÃO DE TIREOIDECTOMIA DEVERÁ SER DISCUTIDA PARA CADA CASO. NO PRESENTE RELATO DECIDIU-SE POR MONITORAMENTO COM BOA EVOLUÇÃO ATÉ O PRESENTE MOMENTO.

177

USO DE RETALHO INDIANO PÓS-RESSECÇÃO DE GRANDES TUMORES DE PONTA DE NARIZ - RELATO DE CASO

BEATRIZ ESCUDEIRO NASCIMENTO, DÉBORA FERREIRA DOS SANTOS, RIVELINO TRINDADE AZEVEDO, NATASCHA STENZEL MATHUIY, GABRIELA SOUZA ALVES, LAÍS GOMES MOREIRA, MARCUS VINICIUS DA SILVA COIMBRA FILHO e EDUARDO COSTA TEIXEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - (UNIRIO)

Introdução: O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna mais frequente entre os tumores de pele, correspondendo a cerca de 75% dos casos, tendo sua incidência acentuada com a idade. Quando presente em ponta de nariz, é a principal indicação de ressecção cirúrgica seguida de reconstrução local. O retalho médio frontal, também chamado de indiano, é considerado padrão ouro para reconstrução nasal pós-ressecção tumoral. Trata-se de um procedimento cujos tempos cirúrgicos podem variar, a depender da deformidade e da extensão da lesão, além do conhecimento técnico aplicado pelo cirurgião. As características como cor, espessura e textura cutânea, assim como a vascularização da região frontal são fundamentais ao retalho indiano pela similaridade às estruturas do nariz, qualidade da área doadora e boa irrigação do pedículo tecidual, nutrido pela artéria supratroclear. O objetivo do trabalho é avaliar os resultados estéticos e funcionais da técnica de retalho indiano em ressecção de tumor extenso em ponta nasal.

Relato do caso: ZMG, sexo feminino, 86 anos, branca, hipertensa e diabética, procurou hospital universitário do Rio de Janeiro apresentando lesão ulcerada, de aspecto perolado em ponta nasal, de aumento progressivo, com início há 3 anos. Foi realizada a exérese da lesão, sendo feita a reconstrução nasal a partir do retalho médio frontal em dois tempos cirúrgicos, com autonomização do retalho após quatro semanas, em segundo tempo operatório. Foram retirados dois fragmentos de pele, do nariz e do sulco nasogeniano direito, para exame de congelação transoperatória; um apresentou lesão central deprimida, com limites bem definidos, medindo 0,5 cm no maior eixo e o outro, lesão paracentral elevada, medindo 2,2 cm. O laudo anatomopatológico revelou carcinoma basocelular nodular e ulcerado e limites cirúrgicos comprometidos. Considerando a localização anatômica e extensão lesional, optou-se por conduta expectante para avaliação de recidiva. A evolução foi satisfatória sem queixas ou intercorrências.

Conclusão: O retalho médio frontal mostrou-se uma técnica adequada para reconstrução nasal em grandes tumores de ponta de nariz, de fácil execução e com mínimas complicações. Apresentando resultados funcionais e estéticos satisfatórios na restauração da anatomia da face que são provedores de melhor qualidade de vida ao paciente.

178

NEOPLASIA MUCINOSA DE BAIXO GRAU DE APÊNDICE: RELATO DE CASO

POLLYANNA DA SILVA SIQUEIRA, MELISSA MARTINS BARBOSA, PAOLA DE ARAUJO SARDENBERG ALVES e FELIPE EULALIO BALDI PESSANHA

FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS

Introdução: O apêndice vermiforme possui condições que se demonstram favoráveis para o aparecimento de tumor, devido a sua origem embriológica, o intestino grosso. Entretanto, os tumores do apêndice são pouco frequentes, correspondem a aproximadamente 0,5% dos tumores intestinais. Apresentam-se geralmente com quadro clínico compatível com apendicite aguda. Entre as raras neoplasias existentes no apêndice, destaca-se a neoplasia mucinosa de baixo grau. Esta surge por proliferação de células secretoras de mucina no apêndice, com alterações da camada mucosa e muscular. Neste caso, a ressecção cirúrgica é o método de escolha para o tratamento do tumor. Relato de caso: Paciente sexo masculino, 42 anos, previamente hígido, iniciou quadro de cólica biliar, sendo realizado ultrassonografia (USG) que confirmou colelitíase. Foi submetido a colecistectomia convencional sem intercorrências, com laudo histopatológico confirmando colelitíase crônica. Após um mês, apresentou queixas de dor em fossa ilíaca direita (FID) e flanco direito (FD) além de diarreia associada a períodos pós-prandiais. Ao exame físico, algo doloroso em FID, com massa palpável, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou exames de imagem complementar, com laudo tomográfico de lesão cística tubiliforme e homogênea na topografia do apêndice cecal, sem nodulações e calcificações parietais, com realce periférico, compatível com mucocele. O paciente foi então submetido a apendicectomia via laparotomia. Ao exame macroscópico evidenciava-se apêndice ileo-cecal com 11 cm de comprimento, preenchido em sua luz dilatada por material mucoide. No histopatológico, achados compatíveis com neoplasia mucinosa de baixo grau, com comprometimento da margem cirúrgica proximal. Após o resultado, foi necessário a ampliação da margem cirúrgica, realizado uma hemicolectomia direita com anastomose ileo-transverso latero-lateral. Resultado do histopatológico da última cirurgia, com margens livres e hiperplasia linfóide reacional. Paciente segue em acompanhamento com a Oncologia Clínica. Conclusão: Apesar de raro, os tumores de apêndice devem entrar como diagnóstico diferencial de dor abdominal no quadrante inferior direito. Assim como, vê-se a necessidade crescente da realização de biópsia com congelamento no per operatório, norteando a conduta adequada a ser tomada, evitando uma segunda intervenção, como aconteceu no caso relatado.

180

PSEUDOTUMOR PANCREÁTICO: UM DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA NEOPLASIA DE CABEÇA DE PÂNCREAS

CAIO BRUM MONTE ALTO, CLAUDIA ABIB SCHREINER e CLARISSE DE MOURA CUBRIC

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Introdução

O pseudotumor pancreático é o aumento de volume de alguma parte do pâncreas por lesões sólidas benignas que podem mimetizar clinicamente a neoplasia pancreática, levando muitas vezes a um diagnóstico errôneo. Em 2003, Abraham et al demonstrou que 9,2% das ressecções tipo Whipple por suspeita de malignidade apresentaram histopatologia benigna no estudo anatopatológico em centros com grandes volumes de operações pancreáticas. A pancreatite crônica é uma doença rara, caracterizada por mudanças fibroinflamatórias do tecido pancreático. A pancreatite autoimune e a pancreatite paroduodenal são os dois subtipos com maior tendência para formar pseudotumores e podem cursar com icterícia obstrutiva, perda ponderal e dor abdominal. O presente estudo tem como objetivo alertar os clínicos e cirurgiões para a pancreatite crônica como diagnóstico diferencial da neoplasia pancreática, evitando procedimentos cirúrgicos e complicações desnecessárias.

Relato do caso

FBS, feminino, 38 anos procurou serviço de emergência com queixa de dor epigástrica há 30 dias, evoluindo com dor abdominal difusa, febre, prurido, icterícia, colúria e acolia, além de anorexia e perda ponderal. Paciente encontrava-se icterica (3+/4+) com abdome doloroso à palpação profunda em epigástrico e hipocôndrio direito. Após realizar exames de ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada, foi diagnosticada com tumor de cabeça de pâncreas. Durante a cirurgia, a dissecação do pedículo vascular biliopancreático evidenciou invasão tumoral dos vasos mesentéricos, contraindicando duodenopancreatocetomia curativa. Optou-se por anastomose biliodigestiva com hepaticojunostomia em Y de roux. Foi realizada biópsia tecidual, sendo o laudo histopatológico compatível com pancreatite crônica.

Conclusão

Ao se deparar com uma formação tumoral da cabeça do pâncreas deve-se pensar nas possibilidades de carcinoma ductal do pâncreas, pancreatite crônica alcoólica, pancreatite crônica biliar e pancreatite autoimune. Tais patologias podem levar à compressão do colédoco gerando o quadro de icterícia obstrutiva. A biópsia dirigida por TC ou dirigida pela ultrassonografia endoscópica pode levar a um diagnóstico pré-operatório mais preciso. Além disso, o estudo de IgG4 pode indicar o quadro de pancreatite autoimune, sugerindo corticoterapia. O clínico e o cirurgião devem atentar para tais diagnósticos diferenciais, evitando expor desnecessariamente o paciente a procedimentos cirúrgicos e suas complicações.

179

ADRENALECTOMIA BILATERAL VIDEOLAPAROSCÓPICA NA SÍNDROME DE CUSHING ACTH INDEPENDENTE

CARLOS MANOEL PEDRA PETTO GOMES, MARCEL PIRES RODRIGUES FREITAS, YASMIN DUARTE BOGOSSIAN e PAULO ROBERTO FALCÃO LEAL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (HUPE - UERJ)

Introdução: Hiperplasia macronodular bilateral de adrenais é causa de menos de 2% de síndrome de Cushing endógena. A doença é caracterizada por adrenais aumentadas, com múltiplos nódulos não pigmentados geralmente maiores de 10 mm de diâmetro, podendo alcançar até 40 mm. Sua patogenia envolve alterações genéticas e em receptores hormonais aberrantes produtores de ACTH no parênquima adrenal. Geralmente é diagnosticada como incidentaloma sem manifestação clínica, e tem como diagnóstico diferencial adenomas, feocromocitoma, metástase, hiperplasia adrenal congênita e linfoma. O tratamento é usualmente a adrenalectomia cirúrgica.

Relato do caso: A.N., feminina, 49 anos, hipertensa e hipotireoideia, apresentou-se com miastenia bilateral e dor em membros inferiores, deformidades ósseas, quedas da própria altura, insônia e perda capilar iniciados há sete anos. História de fraturas espontâneas por osteopenia acentuada, com osteossíntese com prótese em duas ocasiões por má consolidação. Foi investigada dermatopolimiosite mas, sem comprovação diagnóstica, fez tratamento alternativo, com melhora parcial dos sintomas. Há dois anos procurou novamente assistência médica, sendo aventada hipótese de adenoma de adrenal causando síndrome de Cushing endógena. Realizada tomografia computadorizada de abdome, que sugeriu hiperplasia macronodular bilateral de adrenais por formações nodulares de baixa densidade impregnadas por contraste bilateralmente. RM de crânio e sela turca sem alterações hipofisárias e hipotalâmicas. Caterismo adrenal com dosagem hormonal seletiva não foi realizado devido alto custo e indisponibilidade no Sistema Único de Saúde. Como conduta foi realizada adrenalectomia bilateral videolaparoscópica. O histopatológico da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico. Em um mês de pós-operatório, a paciente apresentou melhora sintomática e teve um único episódio de insuficiência adrenal. Está em desmame de prednisona com 40mg/dia, e em uso de fludrocortisona 0,2mg/dia.

Conclusão: Embora seja uma afecção de baixa prevalência, faz-se necessário o conhecimento da síndrome de Cushing ACTH independente e seus diagnósticos diferenciais, como a hiperplasia macronodular adrenal. A diagnóstico correto e indicação cirúrgica precisa são fundamentais para o bom prognóstico. A adrenalectomia bilateral videolaparoscópica é padrão-ouro, em vista do melhor controle alérgico e evolução pós-operatória, assim como menor tempo de internação.

181

ANÁLISE DE DERMOLIPECTOMIA REPARADORA ASSOCIADA ÀS HERNIAS DE PAREDE ABDOMINAL: ESTUDO DE 47 CASOS.

NATASCHA STENZEL MATHUIY, NAJARA GOMES DOS SANTOS, RIVELINO TRINDADE AZEVEDO, DÉBORA FERREIRA DOS SANTOS, BEATRIZ ESCUDEIRO NASCIMENTO, STEEV GIOVANNI DIBURGA HINOSTROZA, FLÁVIO MARQUES DE CARVALHO e EDUARDO COSTA TEIXEIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Introdução: A parede abdominal possui um importante papel estético e funcional na anatomia humana. Todavia, existem fatores que podem afetar a sua aparência e integridade, tais como as hérnias. Calcula-se que 5% da população mundial tenha uma hérnia parietal. Trata-se da protrusão anormal de um conteúdo abdominal através de um defeito na parede adjacente, onde a aponeurose e a fáscia não são cobertas por músculo estriado. O tratamento visa a reconstrução anatômica e a restauração da pressão intra-abdominal. Além das hérnias, outras condições causam deformidades do abdômen, como obesidade, gravidez, dentre outras. Na busca de soluções para estas, foi desenvolvida a dermolipectomia, que corrige falhas e agrega contorno mais harmonioso. Uma técnica segura, que se baseia na preservação dos ramos epigástricos profundos, com descolamento seletivo entre as bordas internas dos músculos reto do abdômen. Objetivo: Avaliar o uso da dermolipectomia reparadora associada a hernioplastia abdominal em 47 doentes, com ênfase na observação do campo cirúrgico e nas complicações pós-operatórias. Método: Estudo transversal, retrospectivo, em prontuários do serviço de cirurgia plástica de hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro, entre 01/2005 a 10/2014. Foram incluídas as hérnias incisionais, umbilicais ou epigástricas, sem comorbidades impeditivas de dermolipectomia. Outras variáveis analisadas descritivamente foram: idade, sexo, técnica, cirurgias prévias, número de filhos, uso de telas, recidivas e as complicações pós operatórias. Resultados: Do total de 47 casos, entre 24 e 70 anos, 45(95,74%) são mulheres e 2(4,25%) homens, com média de filhos por pessoa igual a 2. Em 23(48,93%), a conduta consistiu em dermolipectomia associada à hernioplastia incisional; 16 (18,04%), associada à hernioplastia umbilical e 8(17,02%), associada à hernioplastia epigástrica. Houve 6(12,76%) relatos de complicações, sendo que o único procedimento isento foi a associação com à hernioplastia epigástrica. Com exceção de 1(2,12%) doente que apresentou recidiva, os demais referiram melhora significativa com o tratamento. Há descrição do uso de tela em 14(29,79%) casos e de cirurgia prévia em 47(100%). A incompletude dos prontuários foi a principal limitação da qualidade do estudo. Conclusão: A combinação da hernioplastia com dermolipectomia é viável em pacientes sem contra-indicações. O campo cirúrgico é favorável e embora seja um procedimento seguro, há complicações mínimas.

182

INCIDÊNCIA DE TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO NO TRAUMA HEPÁTICO

FRANCISCO EDUARDO SILVA, SARA FERNANDA GOMES DE LIMA SILVA, ADRIANA MARTINS RANGEL, RENATA POZZI PEREIRA e JOSÉ ALFREDO CAVALCANTE PADILHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Introdução: O fígado devido ao seu tamanho e posição anatômica é um órgão de grande acometimento de lesões traumáticas e a incidência deste tipo de trauma tem aumentado nas últimas décadas. O tratamento não operatório no trauma hepático é um modelo de abordagem já muito utilizado mundialmente, e sua escolha depende de critérios como: estabilidade hemodinâmica, grau de lesão hepática, ausência de lesões associadas e sinais de peritonite, porém, ainda é um desafio a ser implementado por profissionais médicos devido a formação acadêmica não associada a atualizações e falta de recursos físicos e humanos nas unidades hospitalares.

Objetivo: Avaliar a incidência do tratamento não operatório no trauma hepático no período de outubro de 2016 à julho de 2018 em uma instituição de saúde.

Método: Foram computados os pacientes atendidos de acordo com o sexo, tipo de trauma e tratamento proposto no período de 1 de outubro a 31 de julho. Os dados foram analisados estatisticamente.

Resultados: Neste período 72 pacientes foram atendidos com trauma hepático, sendo aproximadamente 82% pacientes masculinos. O principal mecanismo de lesão hepática foi o trauma fechado por causas diversas, seguido de lesão por arma de fogo em abdome, e dentre estes pacientes, cerca de 60% foram tratados com tratamento conservador não operatório, o que demonstra que a tendência para este tipo de manejo tem crescido também em unidades de saúde brasileiras. Os benefícios desta abordagem quando indicado adequadamente são diversos, reduz a realização de laparotomias não terapêuticas, a necessidade de hemotransfusão, também está associado a menores taxas de complicações e mortalidade.

Conclusão: O tratamento não operatório do trauma hepático como estratégia terapêutica deve ser implementadas objetivando a qualidade e resolutividade da assistência à saúde baseada em evidências.

184

TRATAMENTO DE VOLUMOSO CISTO DE COLÉDOCO

JAIR SEBASTIAN ASTUDILLO, MARCELO GOMES GIRUNDI, RICARDO DE CASTRO GONTIJO, FRANCO ANTONIO NEVES, VANESSA ALINE MIRANDA VIEIRA, CHRISTIAN ESTEBAN ASTUDILLO VALLEJO, DIANDRA MARCELA KARPINSKI e LUCIANA CARVALHO HORTA

HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS

INTRODUÇÃO: O cisto de colédoco é uma rara dilatação congênita do ducto biliar, podendo ser intra ou extra-hepático ou ambos. É mais frequente no sexo feminino e 75% dos casos são diagnosticados ainda na infância. Pode ter relevantes complicações, como colangite recorrente, estenose de via biliar, coledocolitíase, pancreatite aguda recorrente e malignização.

O tratamento do cisto é cirúrgico e o relato deste caso se justifica pelo fato do Cisto de Colédoco ser uma entidade rara, na maioria das vezes diagnosticada e tratada ainda na infância, que neste caso foi diagnosticado aos 2 anos de idade e tratado apenas aos 19 anos de idade.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 19 anos, que aos 2 anos de idade teve um diagnóstico incidental de cisto de colédoco ao realizar ultrassom propedêutico para infecção do trato urinário. Foi optada pela não abordagem cirúrgica no momento do diagnóstico e aos 18 anos, paciente apresentou a tríade clássica de dor abdominal, massa abdominal palpável no quadrante superior direito e icterícia, sendo encaminhada ao nosso serviço. Estendida propedêutica com exames de imagem que evidenciaram provável cisto de hepatocolédoco medindo 13,3 x 11,8 x 9,2 cm. Em março de 2018, paciente submetida à Colectomia + Ressecção do Colédoco + Anastomose Hepático Jejunal Termina Lateral em Y de Roux em via transmesocólica. A paciente evoluiu estável no pós-operatório, em unidade de terapia intensiva, tendo alta para a enfermaria no terceiro dia de pós-operatório. Sua alta hospitalar foi no sétimo dia de pós-operatório e desde então mantém acompanhamento ambulatorial sem intercorrências. A anatomopatologia corroborou com achados compatíveis com cisto de colédoco, sem outras alterações.

CONCLUSÃO:

O diagnóstico e o tratamento do cisto de colédoco deve ser precoce devido ao risco de suas complicações. O risco de malignização aumenta consideravelmente com a idade, sendo encontrado em 14 a 18% em adultos e acima de 50% em pacientes com idade superior a 50 anos.

O tratamento do cisto é cirúrgico, devendo ser individualizado e modificado de acordo com o tipo de cisto, idade e comorbidades do paciente. No caso relatado, mesmo que o tratamento tenha sido na idade adulta, paciente apresentou desfecho favorável.

183

DESNUTRICÃO EM PACIENTE COM COLANGIOCARCINOMA E POSSIBILIDADE DE REPOSIÇÃO ENZIMÁTICA PANCREÁTICA

LARISSA STRELNIK AGUIAR, REBECA CORYNE MAGALHÃES SAD MEDINA, GIANCARLO JORIO ALMEIDA, JORDANA SANTOS ANTUNES DE OLIVEIRA, BEATRIZ ESCUDEIRO NASCIMENTO, ANTÔNIO PEDRO LIMA COSTA PEREIRA, EDUARDA VIEIRA RODRIGUES e GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI

UNIRIO

1) Introdução: O Colangiocarcinoma distal tem caráter insidioso e mau prognóstico. Seu principal diagnóstico diferencial é o tumor de cabeça de pâncreas e quando há obstrução da via biliar, diferenciá-los se torna difícil. A presença de insuficiência hepática e pancreática, junto com a desnutrição e caquexia são fatores de mau prognóstico associados a essa doença. O acometimento pancreático não é tão frequente nos casos de Colangiocarcinoma Distal, no entanto, quando há obstrução do ducto pancreático pode ocorrer alteração da liberação de enzimas pancreáticas que atuam na digestão alimentar. Essa alteração intensifica o quadro de desnutrição e aumenta a morbidade e mortalidade. Alguns estudos recomendam o uso de terapia de reposição enzimática pancreática pré-operatória (PERT), visando a uma melhor resposta orgânica no momento crítico pós-operatório e, portanto, a um melhor prognóstico.

2) Relato de Caso: Paciente masculino, 73 anos, internado com icterícia (3+/4+), prurido intenso, desnutrido, além de emagrecimento de 21 quilos em 3 meses. Não apresentava sinais clínicos de insuficiência pancreática exócrina (IPE) como esteatorreia, diarreia e dispepsia. Foi diagnosticado com Colangiocarcinoma Distal, porém, que se comportava como tumor de cabeça de pâncreas. Tomografia Computadorizada de abdome constatou dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, além de dilatação do ducto de Wirsung associado a afilamento pancreático difuso, destacando-se aumento do volume de sua porção cefálica. Iniciou-se dieta imunomoduladora dias antes da cirurgia de Whipple. Não foi utilizada a PERT no paciente devido ao não conhecimento e à falta de domínio pelos profissionais desta opção terapêutica. No pós-operatório, foi encaminhado para a Unidade de Cuidados Intensivos, evoluindo a óbito, por infecção.

3) Conclusão: O uso da PERT poderia encaminhar para uma melhor resposta pós-operatória e modificar o desfecho do paciente relatado. Contudo, os estudos acerca dessa abordagem terapêutica são escassos (principalmente, em relação aos tumores das vias biliares) e sua utilização não é difundida entre os profissionais. Levantamento realizado no mesmo hospital revelou que 50% dos cirurgiões da cirurgia geral conhecem a PERT, porém, nenhum deles realiza tal procedimento.

Conclui-se que mais estudos devem ser realizados quanto ao uso da PERT, objetivando uma melhor definição quanto à adequada prescrição, aos benefícios, à eficácia e à segurança da sua utilização terapêutica.

185

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONAIS

GABRIELA DA SILVA GOULART, VICTOR HUGO BELINATI LOUREIRO NETO, LAIS MARIA NUNES LIE, SAMY CHITAYAT, PAULA SAMPAIO DE AZEVEDO, RAPHAELLA FREIRE GOULART ANTAS VEIGA e NATHÁLIA PEREIRA DOS SANTOS MELLO

UNIGRANRIO

Introdução: Tumores uroteliais da pelve renal e dos ureteres (trato urinário superior) são relativamente raros. Tumores da pelve renal são aproximadamente 10% de todos os tumores renais e apenas 5% de todos os tumores uroteliais do trato urinário. O carcinoma de células transicionais responde por mais de 95% dos tumores do trato urinário superior. Os principais sintomas são hematuria em até 75% e dor lombar ou massa em 10-20%. São raras a descrições de manifestações cutâneas e mais comumente associadas a dermatomiosite. Este trabalho descreve a associação de uma dermatite descamativa. Relato do caso: Homem, 72 anos, etilista, hipertenso, diabético, interna no Hospital Federal dos Servidores do Estado há 6 meses com placas eritematosas de diferentes tamanhos, em espiral/serpentina, bordas bem delimitadas, formato irregular e descamativas, não pruriginosas, presentes em todo o tegumento. Nos membros inferiores a descamação é mais grosseira, com algumas fissuras em tornozelos. Nos olhos hiperemia conjuntival, lacrimejamento, edema e ectrópio. Tratado inicialmente com corticóide, imidazólico e cremes a base de uréia sem resposta satisfatória, bem como anti-histamínicos orais. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome destaca lesão mal delimitada, impregnação de contraste heterogênea, medindo 7,5 x 6,5 x 6,2 cm (AP x T x L), acometendo a metade superior de rim esquerdo, endofítica, com extensão ao cálice renal superior e mantendo contato com as estruturas do hilo renal. Score nefrométrico R.E.N.A.L. de 10pb. No tórax múltiplos nódulos metastáticos de dimensões variadas, o maior no segmento apical do lobo superior direito, medindo 2,3 x 2,6 x 2,3 cm (L x AP x T). Achado adicional colelitíase e hérnia umbilical. Patologia do produto de nefrectomia radical revelou carcinoma de células transicionais de alto grau (G3). Realizada ureterectomia distal com retirada de cuff vesical e linfadenectomia inguinal extendida. Nova patologia sem achados adicionais e margens livres. Com 6 meses de seguimento, apresenta melhora das lesões cutâneas, que apresentam descamação mais finas, porém emagrecimento acentuado. Nova TC descreve aumento das lesões pulmonares e linfadenopatia mediastinal. Conclusão: Este trabalho apresenta a associação entre uma possível síndrome paraneoplásica e o comportamento agressivo de um tumor de células transicionais.

186

CONDUTA CIRÚRGICA EM INSULINOMA ADJACENTE AO DUCTO PANCREÁTICO PRINCIPAL

LEONARDO CANTANHEDE, JOSÉ MARCUS RASO EULÁLIO, FERNANDA SANTOS ROSA, FERNANDA BAPTISTA DE SÁ LEITÃO, PEDRO HENRIQUE ESTEVES GONÇALVES e MÁRCIO JOSÉ JAMEL

UFRJ

INTRODUÇÃO: O insulinoma, ou tumor das células beta do pâncreas, caracteriza-se pelo aparecimento de sinais e sintomas decorrentes de hipoglicemia secundária a uma hipersecreção de insulina. É típica a tríade de Whipple (TW): sintomas de hipoglicemia, glicemia <45 mg/dl e resolução após administração de glicose. Corresponde ao segundo tumor neuroendócrino mais frequente e possui aparecimento mais precoce (25% antes de 20 anos).

CASO: Paciente masculino, 32 anos, previamente hígido iniciou quadro de palpitações, sudorese e parestesias de extremidades durante aulas de educação física ministradas. Sintomas se tornaram mais recorrentes e graves, com episódios de síncope associadas à hipoglicemia.

Encaminhado e internado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho para elucidação diagnóstica, com sintomas caracterizados como TW, cujos exames foram:

1. Tomografia (TC) de abdome evidenciou lesão de 2,8cm em cabeça do pâncreas, hipercaptante na fase arterial e em íntima relação com o ducto pancreático principal.
2. Ecoendoscopia demonstrou lesão hipocogênica em cabeça de pâncreas, sugestiva de insulinoma, e linfonodo homogêneo em hilo hepático.
3. Laudo Citológico da punção ecoguiada foi negativo para malignidade.
4. Cintigrafia com octreoscan confirmou lesão única em cabeça do pâncreas.

Foi submetido à duodenopancreatocetomia com pancreatogastrotomia, que apresentou resposta inflamatória sistêmica exacerbada no pós-operatório inicial. Mantido sonda enteral e dieta jejunal e dieta oral no 8º dia de pós-operatório (DPD). Não apresentou outras complicações gastrointestinais e recebeu alta hospitalar no 17º DPO. Durante internação tomografias negativas para coleções e laudo Histopatológico compatível com tumor neuroendócrino grau I.

CONCLUSÃO: O insulinoma é um tumor neuroendócrino com predomínio no sexo feminino (1,4:1), benigno (90%) e com pico de incidência na 5ª década. Geralmente são lesões solitárias com 2cm (90%), sem metástase (90-97%) e com alta taxa curativa (98-100%).

Embora o tratamento por enucleação seja uma excelente opção, pelo fato de haver íntima relação entre o tumor e o ducto pancreático (<3,0cm) e com diâmetro maior que a média, optamos por realizar duodenopancreatocetomia com anastomose pancreatogástrica.

Além disso, a consistência flocida e o ducto com calibre reduzido aumentam risco de fístula pancreática de difícil tratamento, cuja opção cirúrgica representa a melhor conduta para prevenção dessa complicação.

188

AGENESIA CONGÊNITA DA ARTERIA CARÓTIDA EXTERNA DIREITA: RELATO DE CASO.

ARTHUR DE LEMOS COELHO, ANGÉLICA BAPTISTA SEGOVIA GOMES, DAVI SARTÓRIO CYPRIANO, SÉRGIO LISBOA JÚNIOR e KAIO LUCAS PEREIRA NEVES BARBOSA

Introdução: A agenesia congênita unilateral da artéria carótida externa (ACE) é uma anomalia rara, geralmente diagnosticada como achado incidental durante cirurgia ou exames de imagem específicos como Ultrassonografia Color-Doppler, Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM). A assintomatologia deve-se a presença dos ramos carotídeos originados de local anômalo, ou usualmente, a formação de uma circulação colateral, quando existe ausência completa da ACE e seus ramos.

Este relato trata-se de uma paciente de 66 anos, do sexo feminino que foi submetida a uma cirurgia eletiva de endarterectomia de artéria carótida interna (ACI) direita, na qual, incidentalmente, foi evidenciada a ausência da ACE, com a origem dos seus ramos a partir do bulbo carotídeo.

Relato: EF, 66 anos, hipertensa e renal crônica em programa de diálise peritoneal, assintomática, realizou ecocardiograma-doppler de carótidas como exame de rastreio sendo diagnosticada com estenose maior que 70% em artéria carótida interna direita.

Foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia vascular em novembro de 2015, sendo iniciado tratamento clínico com antiagregante plaquetário, AAS 200mg e estabilizador de placa de ateroma, sinvastatina 20mg. Ao exame paciente sem alterações dignas de nota. Devido à idade da paciente e comorbidades e após conversa com familiares, optamos por indicar tratamento cirúrgico com endarterectomia convencional.

Durante a cirurgia, no tempo de dissecação e reparo das carótidas, nos deparamos com anomalia anatômica envolvendo a carótida externa direita. Os ramos da ACE tinham origem diretamente do bulbo carotídeo. O procedimento foi realizado com sucesso isolando-se ramo por ramo. Posteriormente, para fins de documentação, foi feito novo ecocardiograma-doppler e angiotomografia de controle confirmando o achado. A paciente evoluiu bem e teve alta precoce.

Conclusão: Para a prática médica, um bom cirurgião deve ter conhecimento das possíveis variações anatômicas dessa região, dentre elas a ausência bilateral ou unilateral das artérias carótidas externas e a compreensão das abundantes anastomoses entre os ramos da ACE e da ACI, para que durante suas cirurgias consigam proceder a melhor conduta.

187

MUCOCELE DE APÊNDICE CECAL - RELATO DE CASO

LUIZA SEGANFREDO MAINARDI, RENATO ANTÔNIO SOMMER e EDUARDO HÜBNER DE SOUZA

HOSPITAL MUNICIPAL GETÚLIO VARGAS

Mucocele de apêndice (MA) é uma alteração rara do apêndice cecal, que se caracteriza pelo acúmulo de muco no interior deste órgão, causando distensão do mesmo. É encontrada em aproximadamente 0,3% das apendicectomias. Pode ser classificada conforme sua origem histológica. A incidência de MA é maior entre as mulheres e mais comum dos 50 aos 70 anos. Na maioria dos casos, não há manifestações clínicas e a patologia é descoberta quando exames de imagem são solicitados em função de sintomatologia inespecífica. Alguns pacientes podem apresentar dor abdominal aguda ou crônica em quadrante inferior direito e uma massa abdominal pode ser palpável. O tratamento da doença é cirúrgico, sendo optado por apendicetomia ou hemicolectomia direita, conforme tamanho do tumor, localização da lesão no apêndice cecal, envolvimento do íleo e do ceco, presença de coleções de muco, margem de segurança e envolvimento de linfonodos. Relataremos o caso de uma paciente de 62 anos, previamente hígida, com dor abdominal em fossa ilíaca direita, diagnosticada com MA ao realizar tomografia computadorizada de abdômen. Foi submetida, eletivamente, a hemicolectomia direita, com boa evolução pós-operatória. Resultado do anatomopatológico confirmou o diagnóstico. Por ser uma patologia com baixíssima incidência, trazemos a reflexão da importância dos exames complementares e o diagnóstico diferencial em casos de dor abdominal e enfatizamos a importância de estudos que aperfeiçoem técnicas diagnósticas, objetivando diagnósticos e tratamentos mais rápidos e eficazes.

189

RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO GÁSTRICA DA SÍFILIS

PAULO HENRIQUE Q. R. PEDROSA, RAQUEL V. V. LOBO, HANNA VASCONCELOS, BRUNO GONÇALVES RANGEL e EDUARDO VIANA

HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA

Introdução: A sífilis é uma doença transmitida por via sexual e causada pelo *Treponema pallidum*.

Apresenta-se com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas, na dependência do tempo de evolução da doença, sendo classificada em sífilis precoce e sífilis tardia.

A sífilis primária apresenta-se como uma lesão única, indolor, endurecida no local de inoculação, tendo resolução espontânea em um período de duas semanas.

Caso não tratada evolui para a forma secundária da doença, que é marcada pela disseminação hematogênica e linfática da bactéria.

Uma forma de apresentação da sífilis secundária ou terciária é a apresentação gástrica, que ocorre em menos de 1% dos casos, sendo o antro a localização mais comum das lesões sífilíticas.

As principais manifestações clínicas da sífilis gástrica são epigastralgia, anorexia, plenitude pós prandial e emagrecimento.

Infecção por *Treponema Pallidum* sem tratamento prévio, lesões radiológicas e endoscópicas compatíveis, ausência de malignidade, sintomas gástricos, melhora dos sintomas com tratamento específico, são critérios diagnósticos.

A terapêutica baseia-se na Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular, em três doses.

Relato de Caso: G.M.R, sexo masculino, 19 anos, natural do Rio de Janeiro – RJ. Paciente admitido com quadro de 25 dias de evolução de epigastralgia e perda ponderal de aproximadamente 7kg. Paciente estava em uso de inibidores da bomba de prótons sem melhora. Realizada tomografia computadorizada com contraste que evidenciou espessamento de corpo e antro gástrico e exames laboratoriais sem alterações. No seguimento da investigação diagnóstica foi submetido à endoscopia digestiva alta com biópsia onde foi visualizado infiltração, friabilidade e edema de fundo, corpo e antro proximal com aplainamento de pregas sugestivo de etiologia infecciosa. Solicitadas sorologias com resultado positivo para sífilis (VDRL ¼; FTA-Abs +; TPHA +) e histopatológico sem evidência de malignidade. Prosseguiu com tratamento - Penicilina Benzatina, com remissão clínica do quadro, seguindo em acompanhamento ambulatorial.

Conclusão: A maioria dos pacientes com sífilis gástrica não apresenta história clínica e exame físico compatíveis com a doença, por isso, pacientes jovens com sintomas gástricos, que mimetizam doenças neoplásicas devem suscitar forte suspeita clínica, pois achados endoscópicos e histológicos podem ser facilmente confundidos.

190

ÍLEO BILIAR - RELATO DE CASO

LUANA MODESTO LOPES CALDEIRA, AMANDA DE FREITAS FRÖES, ANNA CECÍLIA SANTANA DO AMARAL, MICHEL DANTAS ROCHA e LUCAS CAMPOMIZZI CALAZANS

HOSPITAL LIFECENTER

Introdução: O íleo biliar se comporta como uma oclusão intestinal mecânica, devido à impactação de um ou mais cálculos na luz do intestino, como resultado de uma fístula entre o sistema biliar e o trato digestivo. Determina 1-4% das oclusões intestinais, chegando a 25% em idosos. A fístula se faz, em mais de 70% dos casos, com o duodeno e o local mais comum de impactação é o íleo terminal. O tratamento cirúrgico pode ser realizado em 1 ou 2 tempos. Neste trabalho, relatamos um caso de íleo biliar e destacamos os pontos principais desta rara enfermidade.

Relato de caso: Mulher, 71 anos, com dor abdominal difusa, distensão e vômitos há 8 dias. Paciente desidratada, hipocorada e taquicárdica. Abdome distendido, difusamente doloroso, sem irritação. RX abdome: distensão e níveis hidroaéreos em delgado. TC abdome: imagem em FID sugerindo intussuscepção. Laboratório: aumento de PCR e lactato. Diagnosticada oclusão intestinal, feita reposição volêmica e sondagem nasogástrica, sem resultado. Optado por laparoscopia. Devido à distensão de alças, feita laparotomia mediana. Observado corpo estranho em íleo distal, feita enterotomia e ordenha do mesmo. Tratava-se de grande cálculo biliar. Enterorrafia. Observada vesícula fistulizada para duodeno. POi em CTI. Evoluiu bem, introduzida dieta oral no 3º DPO e alta no 14º DPO. No retorno, paciente recuperada. Foi considerada cirurgia para reparo da fístula, porém a paciente perdeu seguimento.

Conclusão: A clínica do íleo biliar é dor abdominal, distensão e vômitos. O diagnóstico etiológico raramente é feito no pré-operatório. É suspeitado íleo biliar na presença de aerobilia e imagem sugerindo cálculo em exame de imagem. RX abdome pode mostrar aerobilia, sinais de oclusão intestinal e localização de cálculo radiopaco em local incomum. TC abdome contrastada pode mostrar fístula e localizar cálculo em delgado. O tratamento é cirúrgico, podendo ser feito em 1 ou 2 tempos. No primeiro caso, faria enterolitotomia, colecistectomia e reparação da fístula. Porém, em função da idade avançada da maioria dos pacientes e das comorbidades, são questionados os benefícios da cirurgia em tempo único, mais longa, aumentando complicações. No segundo caso, faria enterolitotomia e, em um segundo tempo, correção da fístula, já que não é preciso a realização desta com urgência. Além disso, existem evidências de aumento da mortalidade quando se realiza reparo da fístula juntamente à enterolitotomia, devido à anastomose e sutura em área inflamada.

192

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM HOMEM ADULTO: RELATO DE CASO

PAULA FONSECA GOMES, GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES, FLAVIA MEDEIROS LIMA, HUGO NONATO LUSTOSA CORREIA, BERNARDO TEIXEIRA PENTANHA, JAIR JHONATAM DE SÁ SILVA e CARLOS AUGUSTO BATISTA

CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE VALENÇA

INTRODUÇÃO: A intussuscepção representa a invaginação de determinado segmento de um órgão oco para a luz de outro segmento. Ocorre frequentemente no intestino e embora na infância seja habitualmente idiopática, em adultos geralmente é desencadeada por alguma lesão orgânica na parede intestinal carreada pelo peristaltismo. **RELATO DE CASO:** Homem, branco, 56 anos, deu entrada no PS com queixa de dor intermitente em fossa ilíaca esquerda há 2 meses, inicialmente de pouca intensidade, mas que há dez dias se tornara mais intensa, associada à hiporexia e perda ponderal de 4 kg no período. Negou comorbidades, internações hospitalares, cirurgias prévias, alergias e uso de medicamentos, tabagismo e etilismo. O exame físico revelou abdome doloroso a palpação profunda em FIE, além de massa palpável de aproximadamente 10 cm em mesma topografia e o paciente foi internado para investigação diagnóstica. Tomografia abdominal com contraste evidenciou invaginação intestinal do cólon transversal, causando moderada dilatação do órgão a montante e imagem heterogênea no interior do cólon descendente, pouco específica, sugestiva de lipoma endoluminal. Colonoscopia demonstrou pólipó pediculado em cólon transversal, de aproximadamente 6 cm, de aspecto cerebroides, enegrecido, com grande quantidade de fibrina espessa aderida, ocasionando intussuscepção intransponível ao aparelho. Laparotomia mediana supra e infraumbilical evidenciou pequena quantidade de líquido serohemático em cavidade abdominal, intussuscepção em cólon transversal e massa tumoral no mesmo local, de aproximadamente 10 cm. Foi realizada colectomia parcial com anastomose colo-cólica manual do tipo termino-terminal. Avaliação anatomopatológica constatou tumoração polipóide, medindo 8,0 x 4,0 x 3,0 cm e distando 6 cm da margem mais próxima, ricamente vascularizada, com tecido adiposo de permeio e área de necrose isquêmica. O pós-operatório foi feito primeiramente no CTI com alta para enfermagem após 24 horas. Recebeu alta hospitalar após 6 dias de evolução favorável. **CONCLUSÕES:** Em adultos, a intussuscepção é uma condição rara e apresenta difícil diagnóstico pelo baixo grau de suspeição associada à sintomatologia subaguda e inespecífica. Devido a isso e a sua etiologia geralmente orgânica, frequentemente requer intervenção cirúrgica tanto para a confirmação diagnóstica, quanto para ressecção cirúrgica do segmento acometido.

191

CARCINOMA ONCOCÍTICO INTRADUCTAL PANCREÁTICO PALPÁVEL E RESSECÁVEL: RELATO DE CASO

KAIC FIUZA CAMPOS, CÁSSIO DESTEFANI LOPES, ANTONIO KNEIPP PITTA DE CASTRO NETO, LUCAS RODRIGUES DA CUNHA PAES LEME, LAÍS SALES FREIRE SILVA, RENAN TORRES DE CARVALHO, MICHELLE TERTULIANO BRUNO AHMED e JÚLIA CORREIA CARDOSO GUIMARÃES

UFF

Introdução: Cistos pancreáticos estão sendo cada vez mais diagnosticados pela difusão dos métodos de imagem de corte seccional, esses são encontrados em cerca de 2% da população que é submetida a esse tipo de imagem e a frequência aumenta de acordo com a idade. As neoplasias correspondem a mais de 50% destas lesões, sendo que a neoplasia papilar intraductal mucinosa (NPIM) representa 38% delas. Dentre as variantes dessa (NPIM) tem-se a oncocítica, a qual é rara e, por isso, carece de estudos na literatura, tem história natural não totalmente compreendida e apresenta controvérsias quanto ao seguimento dos portadores. **Relato:** Neste relato de caso tem-se uma paciente de 46 anos com diagnóstico em 2015 de lesão cística incidental na cabeça do pâncreas, o qual foi optado por controle ambulatorial em outra unidade de saúde. Entretanto, essa perdeu o seguimento e, posteriormente, em 2017, procurou o HUAP com sintomas de dor abdominal e massa palpável em região epigástrica, assim, novos exames foram realizados sendo evidenciado tumor na cabeça do pâncreas de grandes dimensões (9,8 x 7,8 x 9,5 cm) com invasão duodenal. A paciente foi submetida a Gastroduodenopancreatocetomia com boa evolução pós-operatória, tendo alta hospitalar no oitavo dia sem complicações. O laudo histopatológico final confirmou o diagnóstico de carcinoma oncocítico intraductal de pâncreas. **Conclusão:** Discute-se manifestações clínicas, diagnóstico e manejo do caso e, além disso, a necessidade da avaliação das lesões císticas de pâncreas por equipe especializada.

193

RELATO DE CASO: ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA EM PÓS OPERATÓRIO TARDIO DE GASTROPLASTIA.

BERNARDO BOTTINO, FELIPE FÉLIX DOS SANTOS, VITO ANTONIO ALESSIO NETO, VINICIUS HUMBERTO DE SOUZA VICUÑA, MARCELA MONHO BOTTINO SANT'ANNA, AZIZE CHAUDRAQUI, RAPHAEL FERNANDO COSTA GOMES DE ANDRADE, AURELIO BOTTINO e THIAGO BARCELLOS ANNUNZIATA

HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DO GALEÃO

INTRODUÇÃO: A cirurgia bariátrica vem crescendo quantitativamente pelo mundo, tendo o bypass em Y de Roux (BYPY) como um dos principais procedimentos. Diversas complicações podem ocorrer após esta cirurgia, com variado grau de morbidade. As complicações podem ser divididas em precoces (como deiscência, sangramento) e tardias, como a estenose, fístula gastrogástrica e úlcera marginal. A úlcera marginal é o surgimento de úlcera péptica oriunda na mucosa jejunal no local da anastomose gastrojejunal, frequentemente encontrada em endoscopia de controle no pós-operatório, podendo ter incidência em até 16% dos pacientes. A perfuração aguda é uma complicação grave, tendo incidência de 0,85%, devendo ser precocemente identificada e tratada.

RELATO DO CASO: Paciente, feminino, 65 anos, hipertensa, pós-operatório tardio de BYPY - há 3 anos - apresentando dor abdominal de início súbito com evolução de seis horas, em piora progressiva. Ao exame, regular estado geral, lúcida e orientada, FC 100bpm e normotensa. Abdome globoso, distendido, com dor à palpação profunda difusamente, com sinais de irritação peritoneal. Realizado Tomografia, com moderada quantidade de pneumoperitônio em andar superior e grande quantidade de líquido livre na cavidade. Apresentou um exame de endoscopia (EDA) de 1 ano de acompanhamento da gastroplastia demonstrando cicatriz de úlcera na face jejunal da gastroentero anastomose, histopatológico sem malignidade. EDA de controle um ano após sem anormalidades.

Submetida a Laparoscopia, onde foi evidenciada úlcera perfurada na junção da anastomose gastrojejunal. Procedeu-se a lavagem intensa da cavidade, biópsia da lesão, rafia e patch com omento. Paciente obteve boa evolução pós-operatória, introduzida dieta líquida de prova nas primeiras 24h, evoluindo para pastosa no terceiro dia e alta hospitalar, com dieta pastosa, no quinto dia de pós-operatório

CONCLUSÃO: É importante que o cirurgião geral esteja familiarizado com a Cirurgia bariátrica e suas possíveis complicações. A úlcera marginal perfurada é uma complicação com elevada morbidade, e a precocidade de seu diagnóstico e conduta está diretamente relacionado com o desfecho. A abordagem cirúrgica preferencial, se equipe habilitada e bem treinada, é a via Laparoscópica, quando paciente em condições clínicas favoráveis. O diagnóstico precoce facilita a realização do procedimento cirúrgico via Laparoscopia, bem como auxilia em um desfecho positivo para o paciente.

194
PERFUSÃO ISOLADA DE MEMBRO NO TRATAMENTO PALIATIVO DO MELANOMA METASTÁTICO

HEIDER SILVA DUARTE, BRUNO RIGHI RODRIGUES DE OLIVEIRA, CHRYSTIAN JÚNIO RODRIGUES, IANA LOUISE LOPES LAMEGO DE OLIVEIRA, LARYSSA DE CASSIA FERREIRA, LAÍS MARTINS MAGALHÃES ALMEIDA, MARCELA PINHEIRO DE ARAÚJO CRAIDE e TARCÍSIO ANDRADE DE SOUZA

HOSPITAL LUXEMBURGO

INTRODUÇÃO: No Brasil, o câncer de pele é a neoplasia maligna mais comum e corresponde a cerca de 30% dos tumores. Dados do INCA revelam que o melanoma corresponde a apenas 3% dos tumores de pele. No entanto, devido a sua alta possibilidade de metástase é considerado o mais grave.

Aproximadamente 5 a 8% dos doentes com melanoma desenvolvem metástases em trânsito. Dentre os tratamentos paliativos, somando-se aos quimioterápicos sistêmicos, ressecção de metástases locais, amputação, tem-se a perfusão isolada em membros (PIM).

Esta consiste em isolar a circulação do membro da circulação sistêmica de forma que possa ser utilizado altas doses de quimioterápicos com maior ação local e menor toxicidade sistêmica, principalmente para a medula óssea, um dos principais fatores impeditivos para o uso dos agentes quimioterápicos em doses realmente tóxicas para qualquer malignidade.

RELATO DE CASO: J.R.A., 59a, branco, hipertenso, ex-tabagista, submetido a ressecção de lesão em dorso pé esquerdo em 11/2016. Resultado de anatomopatológico evidenciando melanoma cutâneo nodular nível V de Clark, Breslow 0,7cm, margem profunda comprometida. Estadiamento sem sinal de doença a distância. Submetido em 03/2017 a nova ressecção de lesões em pé esquerdo, sendo evidenciado, em anatomopatológico, metástase em trânsito, lesões amelanocíticas. Realizado quimioterapia de primeira e segunda linhas, com carboplatina e paclitaxel e dacarbazina, sem resposta efetiva das lesões. Reestadiamento sem sinal de neoplasia a distância. Optado pela realização da PIM em membro inferior esquerdo devido a múltiplas lesões metastáticas em perna e pé. Realizado isolamento de circulação em membro acometido e infusão de quimioterápico em hipertermia. Infundido melfalano a 40°C durante uma hora. Paciente evoluiu sem intercorrências significativas, recebendo alta hospitalar em 6º Dia de pós-operatório (DPO). No retorno cirúrgico, no 24ºDPO, paciente já apresentava regressão importante de lesões metastáticas em mie.

CONCLUSÃO: Entre as vantagens do uso de perfusão isolada do membro no melanoma cutâneo estão evitar que o membro acometido pela doença seja amputado, aumento da qualidade de vida e remissão das lesões nos membros. Dentre as desvantagens da técnica citam-se o elevado custo e o não aumento da sobrevida. No caso relatado, a PIM permitiu melhora da qualidade de vida, evitando amputação do membro.

197
RELATO DE CASO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR COÁGULO INTRALUMINAL EM PÓS OPERATÓRIO DE GASTROPLASTIA.

BERNARDO BOTTINO, AURELIO BOTTINO, FELIPE FÉLIX DOS SANTOS, MARCELA MONHO BOTTINO SANT'ANNA, AZIZE CHAUDRAQUI, PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA, RAPHAEL FERNANDO COSTA GOMES DE ANDRADE, VITO ANTONIO ALESSIO NETO e YAN CHAVES

HOSPITAL DE FORÇA AÉREA DO GALEÃO

INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico da obesidade vem aumentando em números ao redor do mundo, tendo como mais prevalentes cirurgias a Gastrectomia vertical (Sleeve) e o Bypass em Y de Roux (BYPYR).

Assim como todo procedimento cirúrgico, principalmente em se tratando de cirurgia em pacientes complexos, estão sujeitos a complicações, com uma taxa de mortalidade e morbidade podendo chegar a 1% e 15% respectivamente.

A obstrução intestinal é uma importante complicação pós-operatória das cirurgias bariátricas, podendo atingir cerca de 4% dos pacientes operados e pode ocorrer por diversas causas, principalmente hérnias internas, estenoses, bridas e aderências. O presente trabalho apresenta um relato de caso de obstrução intestinal precoce, pós gastroplastia com BYPYR, de etiologia incomum: formação de um grande coágulo intraluminal, na anastomose jejunojejunal.

RELATO DO CASO: P.I.A.S, masculino, 35 anos, obesidade grau II, hipertenso refratário, apnéia do sono. Submetido a Gastroplastia com BYPYR. Cirurgia sem intercorrências, evoluindo no segundo dia de pós operatório com distensão e dor abdominal importante, taquicardia e não aceitação de dieta oral. Realizado TC que evidenciou obstrução na área da enteroentero anastomose. Submetido a Laparoscopia exploradora, com identificação de distensão de estômago excluído, alça alimentar e biliopancreática, com "stop" na anastomose jejunojejunal. Procedeu-se abertura da anastomose, identificação e retirada de coágulo intraluminal bem formado de aproximadamente 4cm, e resutura da anastomose. Paciente com boa evolução pós operatória, obtendo alta no quarto dia após reabordagem.

CONCLUSÃO: A incidência da formação de coágulo intraluminal ocasionando obstrução intestinal é muito rara, com poucos relatos até o presente momento. A etiologia da formação do coágulo é o sangramento de mucosa lesada pelos grampos e linhas de sutura.

Associado ao coágulo, uma quantidade considerável de muco pode auxiliar na formação, aderência à linha de sutura, aumento do volume e obstrução do lúmen.

Com isso, propõe-se qualificar o coágulo intraluminal como uma obstrução intestinal precoce, pois ocorre de um sangramento devido ao ato cirúrgico para dentro da alça e que se adere à linha de sutura, ocorrendo em um período menor que uma semana.

É válido ressaltar as limitações do acesso laparoscópico nas obstruções intestinais devido à distensão das alças com maiores possibilidades de acidente, exigindo uma equipe cirúrgica experiente.

196
LINFOMA DO TRATO GASTROINTESTINAL E TUMOR NEUROENDÓCRINO SINCRÔNICO: RELATO DE CASO

FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON P. DE CASTRO, FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON PEREIRA DE CASTRO, NATHALIA BARROS DE OLIVEIRA SANTOS, JOSÉ EDUARDO FERREIRA MANSO e JOSÉ MARCUS RASO EULÁLIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Introdução: linfomas do trato gastrointestinal representam um desafio diagnóstico, dada sua apresentação rara e sintomatologia inespecífica. Já os tumores neuroendócrinos, que também são entidades pouco comuns na prática diária, se originam de células endócrinas do trato gastrointestinal e do pâncreas, e comumente já apresentam metástases na ocasião do diagnóstico. Este relato de caso traz a sobreposição de dois tipos de tumores de rara apresentação, em que o diagnóstico e o tratamento são desafiadores.

Relato de caso: homem de 64 anos, previamente hígido, evoluiu em um período de seis meses com dor abdominal difusa e inespecífica, associada a perda ponderal de quinze quilos no período. Iniciou investigação diagnóstica, na qual foi realizada colonoscopia, demonstrando lesão vegetante em íleo terminal, a dez centímetros da válvula ileocecal, impedindo a passagem do aparelho. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste, em que se visualizava volumosa massa em topografia de íleo terminal, sem sinais de lesões à distância. No ato operatório, foi observada volumosa tumoração perfurada e bloqueada com a parede abdominal, com linfonodos locorregionais aumentados. Foi submetido a ileocelectomia direita com anastomose primária, e apresentou evolução pós-operatória sem intercorrências. A análise histopatológica revelou linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B no íleo terminal, assim como comprometimento de nove linfonodos regionais. Associado a este achado, foi encontrado tumor neuroendócrino grau I, representado na peça operatória por metástases ganglionares em cinco da totalidade dos gânglios linfáticos isolados, sem evidência de tumor primário, com confirmação imuno-histoquímica. O seguimento se deu com rastreamento do foco primário do tumor neuroendócrino, com cintigrafia e PET-CT, ainda em investigação. O paciente apresenta-se assintomático e em vigência de quimioterapia adjuvante.

Conclusão: linfomas no tubo digestivo são incomuns, e a sua associação com tumores neuroendócrinos são situações únicas. O achado incidental descrito neste paciente é raríssimo, e denota importância da necessidade do conhecimento abrangente sobre as possibilidades cirúrgicas em tumores colônicos. A ressecção cirúrgica é passo fundamental na obtenção da cura, e o tratamento adjuvante direcionado para a causa primária é mister para a recuperação do paciente.

198
RELATO DE CASO: FÍSTULA BILIO-PLEURAL - UMA ENTIDADE RARA

PAULO HENRIQUE Q. R. PEDROSA, HANNA VASCONCELOS, RENATO CANO, MARCELO ENNE e EDUARDO VIANA

HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA

Introdução:

Fístula bilio-pleural é uma complicação rara e suas causas tem como origem: trauma hepático, doença hepática parasitária, procedimentos percutâneos nas vias biliares e fígado e abscesso subfrenico. Entretanto não foram encontrados relatos na literatura desta complicação após derivação biliodigestiva à Hepp Couinaud.

Relato de Caso

Paciente masculino 56 anos, submetido a ressecção dos segmentos VI e VII em 2013 por litase intra-hepática. Em 2016 evoluiu com estenose cicatricial de vias biliares, sendo submetido a derivação biliodigestiva à Hepp Couinaud após falha no tratamento endoscópico, com boa evolução no pós operatório imediato.

Em fevereiro de 2017, paciente procura atendimento com queixa de icterícia progressiva e febre. Submetido a tomografia computadorizada de tórax que evidenciou derrame pleural volumoso a direita, com densidade sugestiva de bile. TC de abdome e pelve não evidenciaram coleção sugestiva de biloma ou outra alteração. Paciente foi submetido a toracocentese diagnóstica com saída de conteúdo bilioso. Exames laboratoriais da admissão: bilirrubina total 6,0 ; bilirrubina direta 4,50. Análise do líquido pleural: Bilirrubina total: 7,39 Bilirrubina direta: 5,05. O paciente foi submetido a toracostomia em selo d'água e encaminhado ao serviço de radiologia intervencionista, sendo submetido a drenagem interna e externa da via biliar e realizado colangiografia que evidenciou estenose completa da derivação biliodigestiva e confirmou presença de fístula biliopleural. Na ocasião, colhido bile e enviado para cultura, com crescimento de Klebsiella pneumoniae multissensível, realizando antibioticoterapia com piperacilina-tazobactam por 14 dias. Após 2 semanas, paciente retornou ao serviço de radiologia intervencionista para revisão: colangiografia sem evidência de fístula biliopleural. Paciente evoluiu com melhora clínico-laboratorial com retirada do dreno de tórax e normalização dos níveis séricos de bilirrubina, tendo alta hospitalar.

Conclusão

A fístula bilio-pleural apesar de rara é uma entidade que deve entrar no diagnóstico diferencial em casos de derrame pleural à direita especialmente após trauma hepático ou intervenções cirúrgicas hepatobiliares. Devido sua raridade não existe um consenso do melhor manejo destas fístulas. Por ser uma complicação potencialmente ameaçadora a vida o diagnóstico e manejo precoce são cruciais para evitar um desfecho desfavorável.

199

INCIDÊNCIA DE METÁSTASE LINFONODAL E PROGNÓSTICO EM PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER GÁSTRICO T2

FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON P. DE CASTRO, FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON PEREIRA DE CASTRO, NATHALIA BARROS DE OLIVEIRA SANTOS, BERNARDO NOGUEIRA LIMA DE FIGUEIREDO, ELIZABETH GOMES SANTOS, GUILHERME PINTO BRAVO NETO e JOAQUIM RIBEIRO FILHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Introdução: O câncer gástrico é a quarta neoplasia mais comum, e a segunda causa de morte relacionada a câncer no mundo. A ressecção é o procedimento para a cura, sendo a linfadenectomia um dos principais componentes. As metástases linfonodais estão bem estabelecidas como um fator prognóstico e preditor da recorrência. Os tumores T2, com invasão até a muscular própria, apesar de caracterizados como avançados, muitas vezes se comportam como tumores precoces, particularmente na ausência de metástases linfonodais, com sobrevida próxima ao T1 (limitado a mucosa).

Objetivo: avaliar a incidência de metástase linfonodal no adenocarcinoma gástrico T2 em pacientes submetidos a gastrectomia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, assim como fatores prognósticos e sobrevida.

Método: estudo retrospectivo de pacientes portadores de adenocarcinoma gástrico, submetidos a tratamento cirúrgico com proposta curativa entre 2007 e 2015 no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ. Dos 214 pacientes operados, foram selecionados 15 pacientes com estadiamento pós-operatório T2 para o estudo, que incluiu epidemiologia, análise histopatológica, número de linfonodos ressecados e acometidos, e sobrevida.

Resultados: a frequência do câncer gástrico T2 foi de 7%, com predomínio no sexo masculino, com média de idade de 65,3 anos. A localização predominante foi em antro e 53% foram classificados à endoscopia como Borrmann III. À análise histopatológica, 60% dos adenocarcinomas eram do tipo intestinal de Lauren e um terço apresentava invasão angiolinfática. Houve uma média de 24 linfonodos ressecados, e sete pacientes apresentavam metástases linfonodais. Três pacientes evoluíram com recidiva de doença e óbito entre 6 meses e 2 anos por caquexia neoplásica. A análise estatística foi realizada com teste T não pareado para sobrevida com $p = 0,0121$ e intervalo de confiança 95% de -0,7 a -0,09, e curva ROC para sobrevida em 5 anos com área abaixo da curva de 0,90 e $p = 0,0001$.

Conclusão: A literatura descreve o comportamento do câncer gástrico T2 como intermediário entre o câncer gástrico precoce e o avançado. Os resultados encontrados nesta casuística são compatíveis com o descrito mundialmente, com sobrevida média global em 5 anos de 80%, variando entre 71,4% para os pacientes com acometimento linfonodal e 87,5% para os livres de metástase linfonodal.

200

MINILIFT COM CICATRIZ REDUZIDA: DEMONSTRAÇÃO DA TÉCNICA

REBECA CORYNE MAGALHÃES SAD MEDINA, HERNANE SAD MEDINA

UNIRIO

Introdução: O objetivo do presente trabalho é relatar os resultados satisfatórios obtidos com o uso do descolador de Dilson em cirurgias de face, com a consequente diminuição da morbidade operatória, notadamente a decorrente de hematomas que podem comprometer o resultado final da cirurgia. Esta abordagem propõe reunir as contribuições à cirurgia facial com o intuito de minimizar riscos e danos tanto quanto possível, maximizando a qualidade dos resultados.

Objetivos: Demonstração da técnica de minilift com cicatriz reduzida com uso do descolador de Dilson, visando à diminuição de morbidade operatória, principalmente os hematomas que podem comprometer o resultado final da cirurgia da face, tal como à redução do tempo operatório.

Métodos: O presente trabalho consta de um estudo retrospectivo de 207 casos realizados entre 2006 e 2016 nos quais a técnica empregada foi minilift com cicatriz reduzida, sob anestesia local e sedação, e aplicação do método de tunelização progressiva (descoladores de Dilson Luz).

Resultados: Nenhum caso de seroma ou hematoma foi observado. O autor relata dois casos de epiteliose em duas pacientes fumantes.

Conclusões: Baixo índice de complicação, nenhum hematoma e nenhum seroma observados, mesmo considerando cinco pacientes que fizeram pico hipertensivo no pós-operatório imediato, fatos que colaboram para a defesa da aplicação da tunelização progressiva.

201

SÍNDROME DE BOUVERET ASSOCIADA À PROCEDIMENTO DE VAUGHAN: RELATO DE CASO

CAMILA NASCIMENTO SILVA BARROS DE OLIVEIRA, GUSTAVO MELO DA SILVA, ASTÉRIO MONTE FILHO, YURI BELLO SIMÕES e FERNANDO PONCE LEON

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Introdução:

Síndrome de Bouveret é uma apresentação rara de uma complicação biliar na qual o cálculo se impacta no duodeno, causando obstrução. Sua prevalência é maior em mulheres idosas, sendo geralmente associada à comorbidades como diabetes mellitus, doença coronariana e doença pulmonar, o que contribui para sua alta morbidade e mortalidade.

Relato de Caso:

Mulher, 56 anos, com diagnóstico prévio de colelitíase, veio ao à emergência com quadro de dor em hipocôndrio direito há sete dias associado à náuseas e vômitos. Foi realizado ultrassonografia de abdome que identificava vesícula biliar com paredes espessadas e vários cálculos em seu interior. A paciente foi abordada inicialmente por videolaparoscopia, que foi convertida para laparotomia exploradora devido à grande quantidade de aderências que impediam a visualização da vesícula biliar. Durante a dissecação, foi realizada uma abertura no duodeno, permitindo a identificação de uma vesícula escleroatrófica com fistula duodenal. Foi visualizada obstrução na quarta porção do duodeno, onde foi realizada uma enterotomia que revelou um cálculo grande com cerca de cinco centímetros de diâmetro, que fora extraído. Devido a destruição anatômica gerada pela fistula, foi optado pela exclusão duodenal pelo procedimento de Vaughan. A paciente recebeu alta hospitalar com 35 dias de pós operatório com aceitação de dieta pastosa e obteve boa recuperação, mantendo-se assintomática pelos últimos 2 meses.

Conclusão:

O manejo cirúrgico da Síndrome de Bouveret deve ter como objetivo principal a desobstrução intestinal através da realização da enterotomia com retirada do cálculo. Pacientes de maior risco podem ser mantidos em observação e serem submetidos à uma nova cirurgia para correção da fistula e retirada da vesícula caso haja persistência ou recorrência dos sintomas. No caso de pacientes de baixo risco, a desobstrução intestinal e colecistectomia podem ser realizados no mesmo tempo cirúrgico apesar de aumentarem o risco de morbidade e mortalidade.

202

RELATO DE CASO: HEPATECTOMIA DIREITA COM RESSECÇÃO DE VEIA CAVA INFERIOR POR ADENOMA HEPÁTICO

HANNA VASCONCELOS SENA DE CARVALHO, RENATO CANO, PAULO HENRIQUE PEDROSA, BEATRIZ MARANTE, MARCELO ENNE e EDUARDO VIANA

HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA

Introdução: O adenoma hepático é uma neoplasia primária benigna incomum que afeta mais frequentemente mulheres jovens e tem sido geralmente associado ao uso de contraceptivos orais. Estes tumores devem ser abordados devido ao risco elevado de ruptura causando hemoperitônio e chance de transformação maligna. Nos casos em que tumores hepáticos invadem a veia cava inferior (VCI), sua ressecção associada a hepatectomia pode ser necessária para o tratamento efetivo. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de hepatectomia com ressecção de veia cava inferior e reconstrução utilizando prótese vascular por adenoma hepático gigante com invasão de veia cava retrohepática. **Caso Clínico:** Paciente feminina, 45 anos, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito com sete meses de evolução, associado a emagrecimento aproximado de 10 kg, com história de uso prolongado de anticoncepcional oral combinado. Ao exame físico, apresentava volumosa massa em hipocôndrio direito, estendendo-se até fossa ilíaca direita, dolorosa a palpação. Foi submetida a tomografia computadorizada que evidenciou massa heterogênea lobulada com aspecto radiológico sugestivo de adenoma, medindo 25 x 16,2 x 14,2 cm, localizada no lobo hepático direito determinando compressão dos vasos hepáticos direitos e importante compressão de veia cava retrohepática, com redução de seu calibre em mais de 90%. A paciente foi submetida a hepatectomia direita alargada com ressecção de veia cava retrohepática e reconstrução com prótese vascular de PTFE 20mm. A técnica utilizada foi a de exclusão vascular total do fígado, com tempo total de isquemia de 23 minutos. A paciente teve boa evolução pós operatório, permaneceu dois dias em terapia intensiva e recebeu alta hospitalar no sexto dia de pós operatório. A análise histopatológica da peça cirúrgica confirmou adenoma hepático. **CONCLUSÃO:** A ressecção hepática combinada com ressecção e reconstrução da VCI é considerada uma cirurgia desafiadora. Entretanto, progressos recentes em técnicas cirúrgicas e manejo perioperatório podem levar à melhora dos desfechos clínicos desta cirurgia.

203

SUTURA CONTÍNUA DE ADESAO EM LIPOABDOMINOPLASTIAS

REBECA CORYNE MAGALHÃES SAD MEDINA, HERNANE SAD MEDINA e ALINE DESSIMONI SALGADO

UNIRIO

Introdução: Os cirurgiões plásticos têm observado grande evolução na realização das abdominoplastias nos últimos 20 anos. Não se discutiam modificações nos tempos cirúrgicos da clássica técnica de abdominoplastia, mesmo sendo relatada grande morbidade por vários autores. Com intuito de diminuir a morbidade operatória, vários aprimoramentos foram sendo realizados até atingirmos um paradoxo: pouco descolamento do retalho abdominal, com farta lipos aspiração do mesmo e sem utilização de drenos, em relação à técnica clássica, que consistia em grandes descolamentos do retalho abdominal, pouca ou nenhuma lipos aspiração associada deste retalho e drenagem sob pressão negativa em todos os casos.

Objetivo: Demonstrar por meio de nossa experiência pessoal que a associação dos pontos de Baroudi em sutura contínua à lipoabdominoplastia tem o mesmo valor que os pontos de adesão confeccionados separadamente na prevenção do seroma, mas demandando menor tempo para sua realização.

Métodos: Realizou-se um estudo retrospectivo de 155 casos, entre 2012 e 2015, desde quando se passou a aplicar os pontos de Baroudi em sutura contínua em todos os casos de lipoabdominoplastia. A técnica cirúrgica aplicada foi a lipoabdominoplastia de Saldanha isoladamente ou em combinação com lipos aspiração de dorso ou com mamoplastia. A anestesia pode ser peridural ou raquianestesia para abdominoplastia isolada ou combinada com lipos aspiração de dorso. Nos casos de combinação mamoplastia e abdominoplastia, a anestesia realizada é a geral.

Resultados: Nesta série de 155 casos de lipoabdominoplastia à Saldanha, realizados entre junho de 2012 e julho de 2015, nenhum caso de seroma foi observado e punções no pós-operatório não foram necessárias. Do ponto de vista estético, são descritas na literatura retrações no retalho, devido aos pontos de adesão nas primeiras semanas de pós-operatório. Pelo fato da sutura ser contínua, este fato é pouco observado em nossa série. Em relação ao grau de satisfação das pacientes, a grande maioria das pacientes considera o resultado entre muito bom e excelente.

Conclusão: Os pontos de Baroudi são comprovadamente um grande aliado do cirurgião plástico. Nesse estudo, concluiu-se que os pontos de adesão realizados de forma contínua culminam em um menor tempo de execução e mantêm as mesmas características, quando comparados aos realizados isoladamente.

204

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE APÓS DIÁLISE PERITONEAL.

ISABELLE MARINHO ROZISKA, ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA, LUCAS MORENO PERLINGEIRO NUNES NETO, RENATO FERNANDES DA SILVA e FRANCISCO EDUARDO SILVA

UNIGRANRIO

INTRODUÇÃO: A Peritonite Esclerosante Encapsulante (PEE) configura-se como uma das mais graves e raras complicações tardias relacionada à diálise peritoneal (DP). Trata-se de um distúrbio de etiologia multifatorial relatado em adultos. A natureza esporádica da PEE, a dificuldade no diagnóstico precoce e a falta de modelos de estudo demonstram que a compreensão dos fatores de risco do PEE é insatisfatória e faltam evidências suficientes para manejo dessa condição.

RELATO DO CASO: F. C. S., 30 anos, hipertenso, portador de insuficiência renal crônica, em diálise peritoneal, foi encaminhado à emergência para avaliação da cirurgia geral, relatando perda ponderal, vômitos intercorrentes e dor abdominal difusa há um mês, presença de massa abdominal, hematemese e melena há 6 dias. Nega constipação intestinal. Ao exame físico, bom estado geral, hipocorado, abdome distendido e peristaltismo aumentado, hipertímico, difusamente doloroso à palpação superficial e presença de massa em mesogástrico de consistência flácida e indolor. Exames laboratoriais: Hemácias 2,18 milhões/mm³; Hb 6,2 g/dL; HCT 20,7 %; Leucócitos 3.900/mm³; Ureia 115 mg/dL; Creatinina 5,9 mg/dL; Na+ 143 mEq/L; K+ 4 mEq/L; Albumina 2,2 g/dL. Evoluiu com Creatinina 7,42 mg/dL; Na+ 139 mEq/L e K+ 4,35 mEq/L. A ultrassonografia de abdome total mostrou moderada ascite e rins atrofiados. Foi realizada transfusão de concentrado de hemácias. À tomografia de abdome e pelve contrastada mostrou grande quantidade de ascite, espessamento do peritônio e agrupamento das alças do intestino delgado revelando distensão e obstrução intestinal. Diante do quadro foi realizada laparotomia exploradora. Foi feita uma incisão longitudinal do peritônio espessado cobrindo alças intestinais com liberação da serosa com expansão do intestino. O diagnóstico final foi aderência intestinal com obstrução por complicação de diálise peritoneal. Durante a internação fez uso de cloridrato de cefepima, sulfato ferroso e ácido fólico. No pós-operatório, paciente anúrico e sinais vitais estáveis. Fez hemodiálise por falha prévia da diálise peritoneal. Alta hospitalar oito dias após admissão.

CONCLUSÃO: O manejo do caso relatado está em consonância com a literatura, uma vez que a suspeita clínica, associada aos achados laboratoriais e tomográficos, levaram a conduta cirúrgica de urgência, a fim de realizar o tratamento adequado da obstrução intestinal. Tal fato acarretou na confirmação da PEE, previamente sugerida pela TC e história clínica.

205

CARCINOMA ESCAMOCELULAR CUTÂNEO METASTÁTICO EVOLUINDO COM TROMBOSE, DOR INTRATÁVEL E AMPUTAÇÃO DE MEMBRO.

HEIDER SILVA DUARTE, RENI CECÍLIA LOPES MOREIRA, CHRYSTIAN JÚNIO RODRIGUES, TARCÍSIO ANDRADE DE SOUZA, LAÍS MARTINS MAGALHÃES ALMEIDA, CASSIO ANDRADE CINTRA, LARYSSA DE CASSIA FERREIRA e HELENA BOTELHO MARQUES

HOSPITAL LUXEMBURGO

INTRODUÇÃO: O Carcinoma Escamocelular (CEC) é uma neoplasia maligna das células epiteliais. Geralmente manifesta-se em áreas expostas ao sol como face, pescoço, braços e pernas. O tratamento pode variar de excisão local, destruição química e irradiação da lesão primária à ressecções extensas seguidas de reconstrução com retalhos mio-cutâneos ou amputações de membros. Entre 1 a 5% do pacientes podem ocorrer metástases locais ou à distância contribuindo para o aumento expressivo da morbidade e mortalidade.

RELATO DE CASO: L.N.O., sexo masculino, 76 anos, submetido a biópsia excisional de lesão cutânea em antebraço direito e anátomopatológico (AP): CEC de pele, margens livres, em 07/2017. Evoluiu com massa axilar ipsilateral dolorosa. Realizado estadiamento oncológico e proposto linfadenectomia axilar. Durante a cirurgia constatado irresssecabilidade; feito biópsia de linfonodo em 29/03/2018. AP: metástase linfonodal de CEC bem diferenciado com extravasamento capsular. Realizado radioterapia (RXT) com dose total de 45 Gy, entre 13/04/18 a 15/05/18. Durante a RXT evoluiu com edema de membro superior direito (MSD), associado a aumento da temperatura e dor local. Realizado Duplex Scan de MSD e diagnosticado de Trombose Venosa Profunda (TVP) em veia axilar direita. Iniciada anticoagulação terapêutica. Após conclusão do tratamento clínico da TVP e da radioterapia, o paciente manteve queixa de dor intensa, edema e dificuldade importante para mobilização do MSD, apesar de analgesia otimizada com Dipirona, Gabapentina e Metadona. Proposto desarticulação interescapulotorácica (DIET) em MSD, sendo realizada em 18/06/18. AP: CCE de pele, margens livres e metástase linfonodal de CEC, sem extravasamento capsular. Apresentou boa evolução no pós-operatório com melhora importante da dor cicatrização da ferida operatória. Ape-sar das margens livres desenvolveu 04 lesões satélites e foi proposto RXT e quimioterapia adjuvante.

CONCLUSÃO: Apesar da grande morbidade da DIET o paciente retornou às suas atividades laborais, recuperou a auto-estima e o estado de humor.

O CCE de pele pode apresentar comportamento agressivo e se faz necessário o reconhecimento de fatores de risco para metastização da doença e adoção de uma abordagem individualizada para rastreio. Tamanho, profundidade, localização, diferenciação, invasão perineural e vascular devem ser considerados para adequado acompanhamento oncológico, assim como o exame físico em busca de linfonomegalias, sítios mais

206

SÍNDROME DE DRESSLER SECUNDÁRIA A PERICARDIOTOMIA APÓS RESSECÇÃO DE TERATOMA GIGANTE DE MEDIÁSTINO

HEIDER SILVA DUARTE, ERLON DE AVILA CARVALHO, CHRYSTIAN JÚNIO RODRIGUES, LARYSSA DE CASSIA FERREIRA, TARCÍSIO ANDRADE DE SOUZA, LAÍS MARTINS MAGALHÃES ALMEIDA, MARCELA PINHEIRO DE ARAÚJO CRAIDE e HELENA BOTELHO MARQUES

HOSPITAL LUXEMBURGO

INTRODUÇÃO

A síndrome de Dressler (SD) caracteriza-se por pericardite grave, com ou sem derrame pericárdico. Condição rara, mas deve ser considerada em pacientes com evolução clínica desfavorável após injúria cardíaca ou pericardiectomia.

RELATO DE CASO

NECF, 20 anos, puérpera há 5 meses, encaminhada com dispnéia e dor súbita em hipocôndrio direito, com irradiação para dorso e hemitórax direito. A tomografia de tórax evidenciou massa heterogênea de limites definidos em mediastino anterior, com dimensões de 12x12x9 cm, promovendo compressão de pulmão e brônquio direitos, bem como afilamento de veia cava superior e íntimo contato com artéria pulmonar direita. Realizado biópsia negativo para malignidade, e marcadores tumorais inalterados (beta HCG, LDH e alfafetoproteína). Submetida a cervicosternotomia com toracotomia anterior direita auxiliar para ressecção de tumor. Realizado pericardiectomia ampla, para liberação da aderência com a artéria pulmonar seguido de ressecção completa, ato sem intercorrências. Anatomopatológico com lesão multicística encapsulada, apresentando área sólida com representação tecidual de elementos derivados dos três folhetos embrionários, compatível com diagnóstico de teratoma maduro. Paciente com boa evolução pós-operatória, intercorrendo no 10º dia de pós-operatório com febre diária e rastreiros infecciosos negativos, exceto pelas proteínas de fase aguda elevadas e piora do estado geral a despeito do uso de antimicrobianos. Ecocardiograma com derrame pericárdico estimado em 200ml e confirmado com nova Tomografia de tórax, sem outras alterações observáveis. Aventurei a hipótese de SD e optado por confecção de janela pericárdica por videotoracoscopia com drenagem de secreção hemática. Paciente evoluindo com melhora clínica e hemodinâmica após reabordagem, sendo conferido alta hospitalar com anti-inflamatório e corticoterapia para uso em domicílio. Segue em acompanhamento ambulatorial.

CONCLUSÃO

A despeito da baixa incidência, a SD deve ser aventada em pacientes com quadro clínico de pericardite com ou sem efusão pericárdica após pericardiectomia. Para o diagnóstico deve ser levada em consideração a história clínica do paciente, resultados de exames laboratoriais e de imagem, devendo-se excluir causas infecciosas. A SD costuma ser autolimitada, com baixas taxas de complicações graves. O prognóstico é relativamente bom para a maioria dos pacientes, apresentando uma taxa de recorrência de 10 a 15%

208

INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL RELACIONADA À LIPOMATOSE INTESTINAL EM PACIENTE IDOSO - RELATO DE CASO

MAÍSA MUNIZ OLIVEIRA e SIMONE VARGAS BENTO
HOSPITAL SOCOR

INTRODUÇÃO

A intussuscepção intestinal em adultos é rara e na maioria das vezes, secundária a uma lesão definida com potencial significativo de malignidade e responsável por cerca de 1 a 5% dos casos de obstrução intestinal em adultos. Os lipomas gastrointestinais são tumores benignos da submucosa, pouco frequentes, correspondendo a menos de 2% das lesões submucosas e raramente têm manifestações clínicas.

RELATO DE CASO

Paciente, 77anos, masculino, obeso, hipertenso e diabético, admitido em Pronto Atendimento com queixa de dor abdominal difusa e mal estar geral com dois dias de evolução. Em bom estado geral, identificado em triagem hiperglicemia. Apresenta ao exame físico inicial leve distensão abdominal com desconforto difuso a palpação profunda. Após hidratação venosa e correção da glicemia, evoluiu com aumento da distensão abdominal, vômitos e queda do estado geral. Em exame de imagem evidenciado imagem sugestiva de intussuscepção e consequente distensão de alças a montante sugerindo um quadro obstrução intestinal.

Submetido na urgência à laparotomia exploradora, identificado em região ileocecal aderências e processo inflamatório importantes associado à formação de plastrão, com sinais de isquemia e sofrimento de alça com ressecção em bloco de transição ileocecal e anastomose ileocolica látero-lateral. Peça encaminhada para estudo AP: achados de lipomatose da válvula ileocecal, ulcerados; ileite ulcerada inespecífica e linfonodos dentro dos limites da normalidade.

CONCLUSÃO

A intussuscepção em adultos é uma condição que desafia o cirurgião, tanto em relação ao diagnóstico, quanto à abordagem adequada.

O diagnóstico é difícil pelo baixo grau de suspeição, associado à sintomatologia subaguda e inespecífica. Apesar de sua raridade, a intussuscepção deve ser pensada dentre os diagnósticos diferenciais de causas de abdome agudo obstrutivo, mesmo em casos em que não se evidenciem imagens de grande suspeição.

209

HEPATECTOMIA DIREITA COM RESSECÇÃO DE VEIA CAVA INFERIOR POR ADENOMA HEPÁTICO

HANNA VASCONCELOS SENA DE CARVALHO, PAULO HENRIQUE PEDROSA, BEATRIZ MARANTE, RENATO CANO e MARCELO ENNE

HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA

Introdução: O adenoma hepático é uma neoplasia primária benigna incomum que afeta mais frequentemente mulheres jovens e tem sido geralmente associado ao uso de contraceptivos orais. Estes tumores devem ser abordados devido ao risco elevado de ruptura causando hemoperitônio e chance de transformação maligna. Nos casos em que tumores hepáticos invadem a veia cava inferior (VCI), sua ressecção associada a uma hepatectomia pode ser necessária para o tratamento efetivo. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de hepatectomia com ressecção de veia cava inferior e reconstrução utilizando prótese vascular por adenoma hepático gigante com invasão de veia cava retrohepática. Caso Clínico: Paciente feminina, 45 anos, com quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito com sete meses de evolução, associado a emagrecimento aproximado de 10 kg, com história de uso prolongado de anticoncepcional oral combinado. Ao exame físico, apresentava volumosa massa em hipocôndrio direito, estendendo-se até fossa ilíaca direita, dolorosa a palpação. Foi submetida a tomografia computadorizada que evidenciou massa heterogênea lobulada com aspecto radiológico sugestivo de adenoma, medindo 25 x 16,2 x 14,2 cm, localizada no lobo hepático direito determinando compressão dos vasos hepáticos direitos e importante compressão de veia cava retrohepática, com redução de seu calibre em mais de 90%. A paciente foi submetida a hepatectomia direita alargada com ressecção de veia cava retrohepática e reconstrução com prótese vascular de PTFE 20mm. A técnica utilizada foi a de exclusão vascular total do fígado, com tempo total de isquemia de 23 minutos. A paciente teve boa evolução pós operatório, permaneceu dois dias em terapia intensiva e recebeu alta hospitalar no sexto dia de pós operatório. A análise histopatológica da peça cirúrgica confirmou adenoma hepático. Conclusão: A ressecção hepática combinada com ressecção e reconstrução da VCI é considerada uma cirurgia desafiadora. Entretanto, progressos recentes em técnicas cirúrgicas e manejo perioperatório podem levar à melhora dos desfechos clínicos desta cirurgia.

210

MORBIMORTALIDADE EM HEPATECTOMIA: EXPERIÊNCIA DO NÚCLEO HPB-RJ

HANNA VASCONCELOS SENA DE CARVALHO, RENATO CANO e MARCELO ENNE

HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA

INTRODUÇÃO: Nos tumores malignos do fígado, a ressecção hepática é indicada sempre que possível, sendo a única opção de tratamento potencialmente curativa nestas condições e que proporciona a melhor sobrevida a longo prazo. Cuidados perioperatórios associados a modernas técnicas para dissecação do parênquima hepático tiveram impacto na redução da morbimortalidade operatórias. OBJETIVO: Avaliar a morbimortalidade de pacientes submetidos a hepatectomia em três centros de referência em cirurgia hepatobiliar do Rio de Janeiro. MÉTODOS: O estudo analisou retrospectivamente a morbimortalidade de 206 pacientes submetidos a hepatectomias no período de janeiro 2012 a novembro 2017, em três hospitais do Rio de Janeiro. Para análise da morbimortalidade pós operatória, os pacientes foram estratificados de acordo com a classificação de Clavien-Dindo. Foi considerado morbidade relevante, pacientes que apresentaram complicações maiores ou iguais a grau IIIB de Clavien-Dindo. RESULTADOS: Cento e trinta e cinco pacientes (65,53%) foram submetidos a hepatectomias menores e 71 pacientes (34,47%) submetidos a hepatectomias maiores. Destes pacientes, 50 (24,27%) foram submetidos a ressecção hepática por doença benigna e 155 pacientes (75,73%) foram submetidos a ressecção hepática por doença maligna. Analisando todas as hepatectomias incluídas neste estudo, apresentamos uma taxa de morbidade de 27,18% e uma taxa de mortalidade de 1,95%. CONCLUSÃO: Atualmente, as taxas de mortalidade esperadas para todas as hepatectomias permanecem abaixo de 5% e tende a 0 em centros experientes. Comparando os resultados obtidos neste estudo com os dados da literatura, apresentamos taxas de morbidade dentro do esperado e a mortalidade de 1,95% observada em nosso grupo é consistente com os dados publicados na literatura. Os resultados fornecem evidências fortes para apoiar o fato de que as hepatectomias podem ser realizadas de forma segura e que os resultados terapêuticos podem ser melhorados através de uma preparação pré-operatória cuidadosa do paciente, seleção de casos rigorosos e por melhorias contínuas no manejo perioperatório e técnicas avançadas de cirurgia hepatobiliar.

213

MUCOCELE DO APÊNDICE - RELATO DE CASO

RENAN LIBOREIRO KILESSE, GABRIELA GOMES THINASSI LAMAS, MARCELA BARBOSA PEREIRA, CAMILA VIEIRA GRANATO, CAIO VIEIRA GRANATO, THIAGO PEREIRA PORTELA, ISABELLA SOUSA SILVA e MARCOS AUGUSTO DE CARVALHO

FAGOC

INTRODUÇÃO: Cerca de 0,2% a 0,4% das apendicectomias realizadas apresentam dilatação cística do apêndice vermiforme devido ao acúmulo do material mucinoso em sua luz, caracterizando mucocele. Sendo essa apresentada de quatro formas: duas benignas, uma intermediária e uma maligna: Esta doença é considerada rara e aumenta a sua incidência a partir da sexta década, mais frequente em mulheres, geralmente assintomática, ou apresenta sintomas inespecíficos. O diagnóstico pré-operatório é incomum e se não tratada pode levar a ruptura do apêndice, causando uma doença potencialmente fatal conhecida como pseudomixoma peritoneal. A cirurgia é o método de tratamento recomendado e visa ressecar todo o apêndice e seu meso, impedindo o extravasamento do conteúdo mucoide para cavidade peritoneal. RELATO DE CASO: NRG, sexo feminino, 30 anos, iniciou há 4 dias dor epigástrica intensa e progressiva que irradiava para região periumbilical e fossa ilíaca direita com dor leve sem sinais de irritação peritoneal, sem massas palpáveis, ruídos hidroaéreos presentes. Hábitos fisiológicos preservados. Nega perda ponderal. Relata episódios de vômitos e inapetência. Exames laboratoriais sem alterações. Sem comorbidades prévias. No primeiro dia de internação feito o ultrassom abdominal que evidenciou imagem tubular de aspecto cístico em fossa ilíaca direita, sugestiva de massa anexial. Realizado TC de abdome que revelou cisto pélvico abdominal a direita e endoscopia digestiva alta sem alterações. Indicado Videolaparoscopia diagnóstica que evidenciou o apêndice cecal dilatado, com aspecto de "salsicha", paredes endurecidas, sem sinais de implantes no peritônio e com conteúdo gelatinoso. CONCLUSÃO: A mucocele do apêndice pode apresentar sintomas inespecíficos ou ser assintomática, o que leva a uma baixa suspeição, por isso o diagnóstico pré-operatório é raro, sendo que a maioria ocorre acidentalmente intraoperatório. O laudo histopatológico revelou aumento de apêndice cecal, exibindo serosa parda com aderências fibrinosas, lúmen dilatado com conteúdo mucinoso e purulento. Diagnosticado mucocele de apêndice associado a neoplasia mucinosa de baixo grau, presença de fecalito e reação inflamatória aguda, com margens livres. Como se tratava de um apêndice com base livre de neoplasia, sem sinais de implante tumoral ou linfonodomegalia regional, optou-se pela apendicectomia.

215

SÍNDROME DE OGILVIE (PSEUDO-OBSTRUÇÃO AGUDA DO CÓLON) EM JOVEM PUÉRPERA: UM RELATO DE CASO

WILLY JOSÉ DE MACEDO NETTO, MARIA DA GRAÇA PASQUOTTO DE LIMA ASSEF

HOSPITAL REGIONAL HANS DIETER SCHMIDT

Paciente feminina, 23 anos, sem comorbidades, foi submetida à cesárea de emergência por sofrimento fetal agudo evoluindo com atonia uterina e choque hemorrágico, sendo submetida à histerectomia subtotal. Transferida à CTI para manejo clínico, evoluiu no terceiro dia pós-operatório com distensão abdominal, dor à palpação abdominal difusa e hipertimpanismo (sem dor à descompressão brusca). Realizado TC abdominal, evidenciando importante distensão gasosa de alças de intestino grosso, sem evidências de fator obstrutivo ao método, além de pequeno volume de líquido livre na cavidade abdominal, sugerindo Síndrome de Ogilvie. Realizada colonoscopia para melhor investigação, sem sinais de obstrução, com importante distensão gasosa, principalmente de cólon direito. Iniciado terapia com neostigmina, com resposta clínica parcial à droga. Realizada então nova colonoscopia descompressiva além de associar eritromicina à neostigmina, com boa resposta, recebendo alta hospitalar uma semana depois. A Síndrome de Ogilvie ou pseudo-obstrução aguda do cólon é uma entidade rara, caracterizada pela acentuada distensão do intestino grosso com ausência de qualquer obstrução mecânica. É mais comum em homens e idosos, geralmente hospitalizados em associação com uma doença grave. Como complicação cirúrgica é rara. Cesárea e cirurgia de quadril são os procedimentos cirúrgicos mais comuns associados a essa síndrome. Várias indicações de cesáreas estão relacionadas à pseudo-obstrução aguda do cólon, dentre elas a pré-eclâmpsia, multigestas, hemorragia anteparto e placenta prévia. Cirurgias cardíacas e ortopédicas, queimados e transplante renal também estão relacionados. A Síndrome de Ogilvie é rara, sua incidência é de aproximadamente 100 casos em 100.000 internações hospitalares por ano no mundo. Sua fisiopatologia é desconhecida e apresenta-se principalmente com distensão abdominal, além de dor abdominal, náuseas, vômitos, constipação ou diarreia paradoxal. O diagnóstico é feito por exclusão, baseado nos achados clínicos e exames complementares de imagens, devendo sempre afastar qualquer processo oclusivo de natureza mecânica. Não há achados laboratoriais patognomônicos em pacientes com pseudo-obstrução aguda. O tratamento pode ser feito de três formas: conservador, descompressão por colonoscopia ou cirúrgica quando há falhas nas opções anteriores.

216

TROMBOSE PORTOMESENTERICA EM PÓS OPERATÓRIO DE GASTRECTOMIA VERTICAL, RELATO DE CASO

PEDRO HENRIQUE OLIVEIRA DE AMORIM, POLLYANA CRISTINA MENDES ARAUJO e RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE

CLÍNICA BAROS

Introdução: O número de casos de trombose portomesentérica (TPM) no seguimento da Gastrectomia Vertical (GV) é maior do que em outros procedimentos bariátricos. Relaciona-se esse achado a fatores específicos da técnica: efeito térmico e mecânico direto na arcada gastroepiploica esquerda e nos vasos gástricos curtos durante a esvaziamento da grande curvatura, alteração no fluxo sanguíneo padrão, contato direto com a veia esplênica, isquemia ou infarto esplênico e desidratação no pós-operatório. Geralmente, os pacientes apresentam dor abdominal, náusea, vômitos e desidratação do 7º ao 14º dia de pós-operatório. O exame físico e os testes laboratoriais podem apresentar alterações sutis. O diagnóstico é confirmado pela tomografia de abdome. Não há evidências científicas confiáveis sobre a droga, dosagem e duração da anticoagulação a ser instituída. O sucesso terapêutico é alcançado, na grande maioria dos casos, através da heparinização. Na suspeita de isquemia mesentérica, a laparotomia é preferida à laparoscopia.

Relato de caso: MJN, 40 anos, submetida a GV sem incidentes. Identificado hepatomegalia e fígado macronodular à laparoscopia. Portadora de cirrose Child A secundária a hepatite B crônica, passado de esquistossomose e esplenectomia. Evoluiu com lombalgia no 10º dia de pós-operatório. Sem achados adicionais ao exame físico. A tomografia de abdome mostrou-se negativa para fístula ou coleções, mas identificou trombose da veia porta com extensão para a veia mesentérica superior, sem comprometimento da circulação mesentérica graças à presença de colaterais. Optou-se pelo início de Apixabana com melhora dos sintomas em 24 horas. Segue em acompanhamento ambulatorial e a anticoagulação será mantida até o retorno com 90 dias.

Conclusão: A TPM deve fazer parte do escopo dos diagnósticos diferenciais em caso de dor abdominal não explicada no pós-operatório de GV. O diagnóstico e a anticoagulação precoce estão relacionados com melhor prognóstico e diminuição da morbimortalidade. Além da obesidade e da técnica cirúrgica empregada, nossa doente é portadora de cirrose Child A e é esplenectomizada – dois fatores de risco independentes para a TPM. Devido à variabilidade dos dados da literatura e ausência de evidências confiáveis, mais estudos são necessários para orientar a escolha da técnica cirúrgica, além de padronizar a profilaxia e o correto manejo da TPM.

217

DUODENOPANCREATECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: EXPERIÊNCIA INICIAL EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.

RAFAEL LUÍS FERREIRA NETTO CARDOSO, PEDRO IVO BITTENCOURT TEIXEIRA LEITE, LEONARDO FERRAZ, MARCIO BALIEIRO, BALTAZAR FERNANDES e THIAGO BOECHAT

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

Introdução: A duodenopancreatectomia (DP) é o tratamento de escolha para os tumores malignos operáveis periampulares. Com a evolução das técnicas e instrumentais laparoscópicos, a DP totalmente laparoscópica (DPL) aumentou globalmente e vem sendo empregada em grandes centros mundiais. Descrita pela primeira vez por Gagner e Pomp em 1994, um grande número de séries de DPL têm sido realizadas e uma variedade de estudos vêm demonstrando a viabilidade e a segurança desse procedimento. Em comparação com a DP convencional, a cirurgia laparoscópica oferece vantagens de recuperação mais rápida, menor trauma, menor hemorragia e menor tempo de internação. **Objetivo:** Analisar os resultados de curto prazo da DPL, em uma série de casos inicial, de um grande centro público de saúde. **Materiais e Métodos:** Foram revisados os prontuários de todos os pacientes submetidos a DPL no período de 2014 a 2018, sendo extraídos dados demográficos, laboratoriais, operatórios e pós-operatórios. **Resultados:** Revisados 14 prontuários, sendo 7 pacientes do gênero feminino e 7 do masculino, com idade média de 56,5 anos (16 a 71); bilirrubina direta média de 6,4 mg/dl (1,0 a 16,0); e drenagem biliar pre-operatória realizada em 6 pacientes. O tempo operatório médio foi de 494 minutos (420 a 540), início de dieta oral, em média, no sétimo dia de pós-operatório (4 a 15); tempo de internação médio de 18,6 dias (8 a 54); tempo de CTI médio de 8,7 dias (3 a 27). As complicações foram infecção da ferida(1), hemoperitônio(2), gastroparesia(1) e hematoma de parede abdominal. Dois apresentaram fístula pancreática grau B ou C (14,2%) e dois pacientes (14,2%) evoluíram ao óbito. O tipo histológico mais encontrado foi o adenocarcinoma ductal do pâncreas; em média, foram ressecados 9,5 linfonodos por procedimento (2 a 17). Um dos 14 pacientes apresentou margem cirúrgica comprometida; **Conclusão:** A DPL é um procedimento cirúrgico eficaz e seguro. Resultados cirúrgicos de morbi e mortalidade são comparáveis aos encontrados na técnica convencional.

218

LESÃO IATROGÊNICA DE COLÉDOCO EM COLECISTECTOMIA VL

REBECCA MARQUES RODRIGUES, RENATO DE MEDINA COELI e ALINE TIEMI KANO SILVA

HOSPITAL CARDOSO FONTES

INTRODUÇÃO

A colecistectomia, apesar de comum na rotina do cirurgião, ainda apresenta a temida complicação: lesão iatrogênica da via biliar (LIVB). Sua realização por método videolaparoscópico, possui, indiscutivelmente, vantagens em relação ao método aberto, em contrapartida, apresenta maior incidência de lesão biliar inadvertida.

Na LIVB, existem aspectos fundamentais que impactam diretamente no prognóstico, dentre eles o reconhecimento precoce e, principalmente, correção por cirurgião experiente.

RELATO DE CASO

Paciente feminino, 77 anos, submetida a colecistectomia videolaparoscópica eletiva com necessidade de conversão devido LIVB, e realizado drenagem da cavidade para posterior correção. No 4º dia de pós-operatório, paciente evoluiu com icterícia, drenagem de bile pela ferida operatória e alto débito em dreno. Procurou a emergência e foi internada em unidade de tratamento intensivo para estabilização clínica. Colangiorressonância evidenciou pequena dilatação dos ductos hepáticos direito e esquerdo, com área de stop do fluxo biliar imediatamente distal à junção dos ductos hepáticos, não se observando fluxo líquido em topografia do ducto hepático comum e porção proximal do colédoco - classificação de Strasberg E2/ Bismuth II.

Evoluiu com abscesso intra-abdominal, sendo reoperada para lavagem da cavidade e drenagem do abscesso. Não foi possível realizar colangiografia devido a lesão de via biliar alta e intensa fibrose local.

Dois meses após nutrição parenteral, executado procedimento cirúrgico definitivo. A lesão se encontrava 0,5cm abaixo da bifurcação dos ductos hepáticos, com saída de bile; Realizado rebasamento da placa hilar, confecção de hepatico-jejunoanastomose com o hilo hepático esquerdo em Y de Roux (procedimento de Hepp-Couinaud). Paciente com pós-operatório de difícil manejo, recebeu alta após 118 dias internada, sendo acompanhada no ambulatório do serviço com boa evolução clínica.

CONCLUSÃO

A correção cirúrgica da LIVB permanece desafiadora para o cirurgião, principalmente pela escassez de vascularização da via biliar e a inflamação local. É fundamental ser abordada em centro de referência com experiência em tais lesões. O procedimento de Hepp-Couinaud é o mais indicado a fim de evitar a re-estenose.

219

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR COLONICO COMO SUBOCLUSÃO INTESTINAL

ESTEVAO CONTAGE AMIN, KEVIN LIMA TAVARES, NEWTON CARLOS VIANA LEITE FILHO, VINICIUS COSTA SOUZA, KIM LIMA NASCIMENTO, MARCELO MOCHATE FLOR, LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL e ANNA PAULA DEL PIERO MARQUES DE ANDRADE

HSPE/IIAMSP

Introdução: O Mieloma múltiplo(MM) caracteriza-se por expansão clonal de células plasmocitárias, originadas na medula óssea, podendo ocupar tecidos extra-medulares, como tecidos moles, órgãos do sistema reticular ou organizarem-se como tumores extramedulares, conhecidos como plasmocitomas. As manifestações extramedulares do MM são raras e o envolvimento do colon foi reportado em apenas 25 casos na literatura leucemia de células plasmocitárias, plasmocitoma ósseo solitário e plasmocitoma extra medular (PEM). Manifestações no trato gastro-intestinal (TGI) são muito raras e geralmente envolvem estômago e intestino delgado. A maioria das lesões colonicas reportadas apresenta obstrução ou suboclusão intestinal, sangramento do TGI ou desconforto abdominal.

Relato de caso:

V.P.O., 67 anos, diabético e hipertenso, em tratamento de MM desde 2015, submetido a transplante de medula óssea em 2016, após quimioterapia e radioterapia. Em fevereiro de 2017, houve progressão da doença, com desenvolvimento de plasmocitomas cutâneos difusos, com boa resposta ao uso de Talidomida. Em setembro de 2017 foi admitido em nosso serviço relatando dor tipo cólica em fossa ilíaca esquerda há 4 dias, associada a piora da constipação intestinal crônica. Ao exame físico, notava-se abaulamento em FIE doloroso à palpação. Exames laboratoriais iniciais revelaram níveis de PCR elevados e marcadores tumorais baixos. Tomografia Computadorizada, que evidenciou lesão infiltrativa em colon descendente envolvendo a parede abdominal anterior. Optou-se pela realização de uma retossigmoidectomia laparotômica. Os estudos anatomo-patológico e imuno-histoquímico da peça cirúrgica demonstraram tratar-se de plasmocitoma, com margens cirúrgicas livres e a presença de quinze linfonodos livres de neoplasia, com positividade para Kappa, KI 67 e Lambda, IgG e IgM negativos.

Conclusão: O diagnóstico do quadro acima descrito torna-se difícil em função das semelhanças clínicas e até mesmo histológicas com o adenocarcinoma e o linfoma de colon. O prognóstico é reservado e geralmente ocorre em estágio tardios de mieloma agressivo. O tratamento inclui abordagem cirúrgica, quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes, sendo obrigatório o tratamento sistêmico em casos de PEM secundário. Portanto, nos pacientes com histórico de MM, é imprescindível que assistentes e patologistas incluam a hipótese diagnóstica de PEM no manejo de tumores de TGI.

220

BIÓPSIA HEPÁTICA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO COM AGENTE HEMOSTÁTICO

BRUNO FERNANDES, DANIEL BRETAS MARTINS ROSA, DACIANO MIRANDA, ANA SILVIA ANDRADE GOMES, JÉSSICA LOURENÇO DOS SANTOS e FREDERICO NOGUEIRA PÉREIRA

UNIMED BELO HORIZONTE/UNIDADE BETIM

INTRODUÇÃO

A cirurgia hepática videolaparoscópica foi introduzida para o estadiamento de tumores malignos, para ressecções limitadas do fígado e realização de biópsias. Para as ressecções hepáticas existem algumas dificuldades técnicas, dentre as quais, o sangramento do parênquima hepático. Com o objetivo de reduzir sangramento diversas técnicas tem sido utilizadas, desde o uso de eletrocautério a agentes hemostáticos. O presente trabalho relata o caso de uma biópsia hepática com uso de agente hemostático a base de gelatina e trombina.

RELATO DE CASO

S.C.A., 34 anos, com relato de desconforto abdominal e quadro de dor epigástrica. Foi submetida a endoscopia digestiva alta, na qual se observou na pequena curvatura lesão levemente deprimida, de bordas regulares, de 30mm. Em biópsia, evidenciando carcinoma de células em anel de sinete, tipo difuso de Laurén. À TC de abdome, observado presença de nódulos hepáticos hipercaptantes medindo: Segmento IVa 4,4 x 3,6cm, Segmento IVb 2x2 cm 1,5 x 1cm; Segmento II 1,5 x 1,2 cm; Segmento V 0,8x0,8cm; Sugestivas de adenomas hepáticos. A paciente foi encaminhada ao Bloco cirúrgico, submetida a laparoscopia diagnóstica, durante a qual foi verificado nódulo bem definido em segmento IVa. Demais nódulos sem expressão em leito hepático. Após, ocorreu sangramento arterial ativo em leito hepático. Assim, foi realizado hemostasia com agente hemostático a base de gelatina e trombina, e posicionado dreno siliconado em leito hepático. Paciente recebeu alta hospitalar no 1º DPO, estável hemodinamicamente e com abdome livre. O dreno apresentava conteúdo serohemático, com débito de 50 ml/24, sendo retirado no momento da alta hospitalar. A realização das ressecções hepáticas por videocirurgia estão aumentando. Para o controle do sangramento, as técnicas para dissecação do parênquima hepático têm mudado da digitoclasia e uso do eletrocautério, para agentes hemostáticos locais e adesivos teciduais, como utilizado no presente relato de caso. Vale ressaltar que ao término do procedimento cirúrgico, durante a revisão da hemostasia, não foi verificado sangramento ativo. A paciente evoluiu de forma favorável no pós-operatório, sem sangramento ativo evidenciado pelo dreno. Sem repercussão hemodinâmica. Sendo possível alta no primeiro DPO, com segurança e paciente em bom estado geral.

CONCLUSÃO

O uso de agente hemostático a base de gelatina e trombina, mostrou-se eficaz no controle do sangramento hepático após realização de enucleação hepática.

221

FÍSTULA GASTRO-GÁSTRICA PÓS CIRURGIA DE FOBI-CAPELLA - REPARO VIDEOLAPAROSCÓPICO

RUAN JONATHAN DE MELO VILAÇA DORNELAS, ANA LETÍCIA BARREIROS DE LIMA FERREIRA PINTO, PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA, RONALDO PEÇANHA DA SILVEIRA, FERNANDO SÁ FREIRE DE PINHO JUNIOR, BERNARDO BOTTINO, YURI CHECCACCI-BALOD, RAFAEL YURY DE VARIZ DAMASCENO e BRUNO SOUZA CALDAS

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

A cirurgia bariátrica tem indicações precisas e bons resultados no tratamento da obesidade e da síndrome metabólica. Uma das técnicas utilizadas é a cirurgia de Fobi-Capella. Como qualquer outro procedimento cirúrgico, essa operação é acompanhada de riscos inerentes e possibilidade de complicações e, portanto, deve ser seguida de rigoroso acompanhamento médico. A fístula gastrogástrica (comunicação entre o estômago excluído e o pouch gástrico) é uma complicação rara, associada geralmente a presença de úlcera marginal no pouch gástrico. Relato do caso: G.B.P., sexo masculino, 53 anos, com história prévia de cirurgia bariátrica pela técnica de Fobi-Capella (convencional) em 2006 procura atendimento com quadro de distensão abdominal, vômitos pós-prandiais, perda ponderal (13Kg em 5 meses, 8Kg em 30 dias), odinofagia, sensação de disfagia de condução e regurgitação líquida ao deitar. Realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que evidenciou esofagite erosiva Grau A de Los Angeles e sugerindo estenose de anastomose gastroenteral por migração do anel gástrico. A realização do exame contrastado de trânsito gastrointestinal evidenciou a presença da fístula gastrogástrica (FGG). Além disso, ultrassonografia de abdome total pré-operatória apresentou imagem sugestiva de cálculo de 9mm no interior da vesícula biliar. Assim, foi indicada abordagem cirúrgica por via videolaparoscópica, sob anestesia geral. Procedeu-se à ressecção da fístula gastrogástrica, retirada do anel gástrico e colecistectomia. O paciente evoluiu no pós-operatório sem complicações, com melhora dos sintomas. Conclusão: A escolha pela via videolaparoscópica foi feita tendo em vista as vantagens da abordagem minimamente invasiva associada à alta eficácia dessa técnica. Ressalta-se a importância do seguimento médico pós cirurgia bariátrica para identificação precoce e profilaxia de complicações. Considerando-se a relação entre úlcera marginal e formação de FGG, evidencia-se a importância do acompanhamento e tratamento clínico em pacientes com EDA sugestiva de gastrite ou úlcera.

222

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DE UM ANEURISMA DE ARTÉRIA MESENTÉERICA SUPERIOR COM VARIAÇÃO ANATÔMICA

CAIO BRUM MONTE ALTO, EMERSON LEÃO INÁCIO DE MELO JÚNIOR e MARISE CLÁUDIA MUNIZ DE ALMEIDA

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Introdução

O aneurisma da artéria mesentérica superior (AMS) é um achado pouco comum e representa de 5,5 a 8% dos aneurismas viscerais. A detecção precoce do aneurisma de AMS é infrequente, no entanto, tem sido possibilitada pelo maior uso de TC e ultrassom de rotina. Cerca de 38% dos aneurismas de AMS são detectados apenas após rompimento. A mortalidade associada é elevada, de 40% a 60%. Geralmente, após a constatação do aneurisma, a conduta indicada é cirúrgica. Os autores relatam um caso de aneurisma de AMS com variante anatômica, no qual a artéria esplênica (AE) origina-se do próprio aneurisma na AMS.

Relato do Caso

D.C. de A., feminino, 29 anos, procurou consultório particular de angiologia com queixa de dor abdominal difusa. Ao exame físico foi constatada a presença de massa abdominal pulsátil em mesoepigástrico. Foi solicitada angiogramografia, que constatou aneurisma sacular e lobulado de AMS. O exame também constatou uma variante anatômica na qual a artéria esplênica tem origem na AMS, do próprio aneurisma. Paciente foi encaminhada para cirurgia de correção endovascular via embolização com molas do aneurisma, com risco de oclusão da AE, que caso ocorresse indicaria uma posterior esplenectomia. A embolização do aneurisma ocorreu com 8 molas de destacamento livre e 2 controladas dentro do saco aneurismático. Tendo sucesso o procedimento e a não oclusão da AE. O pós-operatório evoluiu bem com a paciente recebendo alta 2 dias após a cirurgia, permanecendo assintomática até o presente momento.

Conclusão

O aneurisma de AMS é um caso de baixa incidência, porém mesmo assim deve ser valorizado uma vez que os riscos de rotura e choque hipovolêmico podem vir a provocar óbito. É maior a frequência no sexo feminino e em pacientes por volta de 30 anos. A maioria dos aneurismas de AMS é sintomática. Dor abdominal de caráter progressivo, náuseas, icterícia, sangramento intestinal e massa palpável pulsátil em região abdominal são sinais, sintomas e achados no exame físico de um paciente com esse quadro. As complicações mais temidas nesse caso tratam-se da ruptura e trombose do aneurisma. Diversas são as técnicas para correção cirúrgica desse quadro. Nesse caso foi escolhida como opção terapêutica a embolização por molas, que tem sido relatada com resultados favoráveis em casos de aneurismas esplênicos.

223

ANÁLISE TEMPORAL DO VOLUME CIRÚRGICO DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DO HUPE-UERJ NA CRISE DO RIO DE JANEIRO

CARLOS MANOEL PEDRA PETTO GOMES, MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA e LIA ROQUE ASSUMPÇÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (HUPE - UERJ)

Introdução: A grave crise econômica do estado do Rio de Janeiro que se iniciou em 2015 impactou diretamente o funcionamento do serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). A Universidade do Estado do Rio de Janeiro viveu o triênio 2015-2017 com redução de custeio, culminando em atrasos no pagamento de servidores e residentes. Neste cenário, o hospital teve drástica redução no número de leitos ativos, de 370 em 2012 para 70 no auge da crise, ao final de 2017. Desta forma, o conceito de essencialidade para o contingenciamento das internações pode ter alterado o perfil de cirurgias realizadas pelo serviço de Cirurgia Geral neste período.

Objetivos: Avaliar se houve mudança no perfil de cirurgias realizadas pelo serviço de Cirurgia Geral do HUPE durante a crise do estado do Rio de Janeiro, comparando os triênios de 2012-2014 (período 1) e 2015-2017 (período 2).

Métodos: Análise retrospectiva de tendência temporal de cirurgias realizadas durante os períodos 1 e 2. Categorização dos procedimentos cirúrgicos em colecistectomias, hérnias, trato gastrointestinal (benignas e malignas), cirurgia endócrina, pequenas cirurgias com anestesia local e outras (miscelânea). Na análise estatística foram utilizados teste não paramétrico de Kruskal Wallis e análise de variância (ANOVA).

Resultados: Houve diminuição no número absoluto de cirurgias no período 1 com mediana de 989 (p25-75, 954-1058) versus período 2 com mediana de 473 (p25-75, 235-985, p=0,049). A maior redução ocorreu nas categorias das pequenas cirurgias (348vs76, p=0,051), de trato gastrointestinal (91 vs 57, p=0,131), hérnias (262 vs 166, p=0,059) e outras (61 vs 21, p=0,03). Proporcionalmente, as categorias com maior redução foram outras (5,7% vs 4,26%, p=0,09) e pequenas (39,34% vs 17,52%, p=0,04). E as com aumento proporcional foram as cirurgias endócrinas (4,46% vs 10,67%, p=0,02) e colecistectomias (15,52% vs 27%, p=0,01).

Conclusão: Apesar das condições precárias de funcionamento durante a crise no triênio 2015-2017, foram priorizados pacientes com maior complexidade e/ou ciclo de internação rápida, evidenciado pelo aumento proporcional das categorias de cirurgias endócrinas e colecistectomias. A categoria de pequenas cirurgias foi a mais impactada, assim como as categorias outras e hérnias. A diminuição do volume operatório prejudicou não somente a população que depende dos cuidados oferecidos pelo HUPE, mas também a formação dos alunos e residentes com redução da variedade de doenças estudadas no período.

224

TRATAMENTO CLÍNICO DAS FÍSTULAS EM CIRURGIAS BARIÁTRICAS

CASSIA YUMI YAMAMOTO TAKANO, SÁVIO MIRANDA SANTOS, RAFAEL MENEGUZZI ALVES FERREIRA e HERCIO AZEVEDO DE VASCONCELOS CUNHA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

Introdução: Uma das complicações pós-cirurgias bariátricas mais temidas pelos cirurgiões é a fístula gastrointestinal-cutânea, cuja incidência, segundo a literatura, é de 0,8 a 7%. Seu tratamento consiste basicamente em procedimentos endoscópicos e/ou cirúrgicos. Paul A. Thodiyl (Annals of Surgery, Volume 248, number 5) propõe uma abordagem clínica para tais situações. **Objetivo:** Avaliar possibilidades de tratamento de fístulas pós-cirurgias bariátricas. **Método:** Análises retrospectivas dos prontuários de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica no período de 2004 a 2014, com identificação dos casos de fístula gastrointestinal-cutânea. Realizamos entrevistas orais com os mesmos, mediante os termos de consentimento informado, sendo avaliados o início dos sintomas de fístula, os exames subsidiários, o tipo de tratamento e a data do diagnóstico e do fechamento da mesma. **Resultado:** Avaliamos 1560 prontuários, com 23 casos de fístula gastrointestinal-cutânea, correspondendo a 1,4% dos pacientes. Destes, 15 (65%) foram tratados sem intervenção cirúrgica, sendo que 100% deles evoluíram com fechamento espontâneo, sem apresentar complicações. Os outros oito pacientes (35%) foram submetidos a tratamento cirúrgico, devido a abscessos intracavitários diagnosticados pelos sintomas clínicos (febre e taquicardia) e exames subsidiários (leucograma e tomografia computadorizada de abdome); neste caso, 1 (12,5%) evoluiu com abscesso intracavitário tardio (1 ano após a reabordagem cirúrgica) e 1 (12,5%) foi a óbito devido a múltiplas fístulas após 11 reabordagens cirúrgicas. Em nossa rotina, após o diagnóstico de fístula, avaliamos as condições clínicas do paciente e o resultado da tomografia abdominal. Confirmado o direcionamento da mesma para o dreno e a ausência de coleções intracavitárias, o paciente recebe alta hospitalar com dieta via oral e retorno ambulatorial periódico. Neste protocolo, ocorreu 100% de fechamento das fístulas sem necessidade de nova cirurgia. **Conclusão:** O tratamento clínico das fístulas pós-cirurgias bariátricas pode ser uma opção para pacientes selecionados, com resultados satisfatórios e conforto para os pacientes. Porém, só deverá ser realizado por cirurgiões bariátricos com grande experiência, retaguarda hospitalar, tratamento intensivo disponível, serviço de endoscopia experiente em tratamento da obesidade e recursos de imagem com capacidade técnica. Ainda, é fundamental que os pacientes tenham acesso fácil e rápido a equipe cirúrgica.

226

A SOBREVIVÊNCIA DE RATOS SUBMETIDOS À CIRURGIA CONSERVADORA DO BAÇO, APÓS INDUÇÃO DE PERITONITE.

GABRIEL SOUZA LORENZONI, ANDREA SAADE DAHER BORJAILI, JULIA BELIZÁRIO SILVEIRA, FLÁVIA HEIDERICH DALL'ORTO, GISELI CELESTINO NUNES, TARCIZO AFONSO NUNES, MARCELA SOUZA LIMA PAULO e MARESSA MALINI

EMESCAM

Introdução: Com todos os avanços no tratamento da peritonite, não houve, nas duas últimas décadas, diminuição da mortalidade por essa complicação. Atualmente, é comprovada a maior susceptibilidade de pacientes asplênicos a infecções graves, entre as quais se destacam a sepsse fulminante. A possibilidade de sepsse fulminante após esplenectomia total (ET) é de 4% e mortalidade de 1,5%, principalmente nos dois primeiros anos após a operação. **Objetivo:** Verificar se a esplenectomia subtotal com preservação do polo inferior (ESTPI) é capaz de prolongar a sobrevivência de ratos, após indução de peritonite. **Método:** Trinta ratos machos, Wistar, jovens, foram divididos em: grupo 1 (n=10), manipulação do baço; grupo 2 (n=10), ET; grupo 3 (n=10), ESTPI. Após 70 dias, os animais foram induzidos à peritonite. O tempo de sobrevivência foi anotado a partir do momento da indução da peritonite até o momento do óbito, foi calculada a taxa de sobrevivência e comparada entre os grupos. Os animais que sobreviveram, foram submetidos à eutanásia no 15º dia após a operação que induziu a peritonite. A comparação do tempo de vida (em horas) entre os grupos experimentais foi inicialmente realizada por meio de medidas de resumo de dados como média, mediana, desvio padrão e variabilidade relativa (%). Realizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para verificação de diferença significativa do tempo de vida entre os grupos, sendo que valor-p menor 5% foi considerado significativo. A curva de sobrevivência de Kaplan-Meier foi realizada para comparar a sobrevivência entre os grupos. **Resultados:** O grupo ET apresentou o menor e maior tempo de vida com valores 0,17 e 22,67 horas respectivamente, gerando neste grupo uma alta variabilidade relativa (92,6%), média de 8,48 e desvio padrão de 8,16. Já nos outros grupos a variabilidade foi considerada regular (menos de 30%). O grupo com maior tempo mediano de vida foi o ESTPI com 11,35 horas e o menor tempo mediano ocorreu no grupo ET com 7,93 horas, sendo que a diferença entre os três grupos não foi considerada significativa, p = 0,266. **Conclusão:** Os animais submetidos à ET apresentaram menor mediana de tempo de vida que o grupo submetido à ESTPI e à manipulação do baço. Embora a diferença não tenha sido significativa, isso sugere a importância da cirurgia com manutenção de tecido esplênico no contexto de infecções fulminantes. A preservação total ou subtotal do baço pode garantir a resposta imunológica adequada à sepsse, evitando óbitos precoces.

227

APENDICITE AGUDA EM PACIENTE COM MÁ-ROTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO

TIERRE AGUIAR GONCALES, RICARDO DO CARMO ZANELLA

SANTA CASA DE RIO GRANDE

Introdução

A apendicite aguda é a emergência cirúrgica geral mais comum, e a intervenção cirúrgica precoce melhora os resultados, uma vez que esta patologia tem alto risco de morbimortalidade se seu diagnóstico não for realizado precocemente. A apresentação típica consiste em dor periumbilical com irradiação para o quadrante inferior direito com reação peritoneal à palpação. Apendicite perfurada é a principal causa cirúrgica geral de morte. A má-rotação intestinal é uma condição patológica rara consistindo de rotação incompleta e fixação anômala do intestino primitivo durante a vida fetal, sendo esta uma condição patológica rara. Neste sentido, as alterações anatômicas desta patologia podem ser assintomáticas ou apresentar-se clinicamente com intensidade variável.

Relato de Caso

Paciente masculino, 11 anos procurou atendimento no Pronto Socorro com queixa de dor abdominal periumbilical com irradiação para a fossa ilíaca esquerda há 24 horas acompanhada de náuseas, vômitos, inapetência e febre referida. Sem outras queixas. Ao exame físico, febril, abdome plano, depressível, doloroso a palpação à descompressão súbita de fossa ilíaca esquerda. Exame de urina sem alterações, leucograma com 15600 células e 4% de bastões. PCR 64. Tomografia abdominal evidenciando alça intestinal com pequeno edema adjacente e foco de calcificação em seu interior no flanco esquerdo. Com a hipótese de apendicite aguda em má-rotação intestinal realizou-se apendicetomia por incisão diagonal no terço inferior entre o umbigo e a espinha ilíaca ântero-superior esquerda que evidenciou presença de secreção purulenta com necrose segmentar distal do apêndice. Realizada ligamento da artéria apendicular e mesoapendice, lavagem exaustiva da cavidade abdominal, rafia por planos sem drenagem e antibióticoterapia (Unasyn). Anatomopatológico apresentando apendicite aguda supurativa. Paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no terceiro dia do pós-operatório.

Conclusão

Apendicite aguda em paciente com má rotação intestinal é causa rara de abdome agudo, sendo a incidência desta patologia de cerca de 0,2%, devendo ser lembrada em pacientes com dor em fossa ilíaca esquerda. Importante destacar a importância do desfecho deste caso do diagnóstico precoce devido a apresentação clínica e raridade de ambas as patologias.

228

INTUSSUSCEPÇÃO EM PO DE GASTRECTOMIA COM RECONSTRUÇÃO EM Y DE ROUX

CAMILA CASSANI JORGE, FERNANDO CÉSAR FERREIRA PINTO, GABRIELLA DE MACEDO BAUMAN, EDUARDA MENDES COSTA e ERIKA HENN RABEQUE

Introdução: A intussuscepção jejuno-gástrica (IGJ), é uma complicação rara após gastrectomia, relatada em apenas 0,07–2,1% dos pacientes. Ao exame inclui dor abdominal, vômitos, sangramento gastrointestinal, e/ou a presença de uma massa palpável, podendo levar a obstrução do intestino delgado e isquemia.

Relato de Caso: Paciente masculino, 83 anos, foi encaminhado para o Hospital da Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto com queixa de epigastria irradiando para todo abdome associado a náuseas, vômitos, eructações e parada de eliminação de flatus e fezes. História prévia de gastrectomia há 60 anos devido a úlcera gástrica perfurada. Ao exame físico encontrava-se taquicárdico, desidratado, com abdome discretamente distendido, flácido, hipertímpano e doloroso à palpação difusa sem sinais de peritonite. Escórias renais, lactato e PCR encontravam-se elevados e hemograma com leucocitose. TC de abdome com acentuada dilatação gástrica, com intussuscepção de alça eferente para dentro do estômago. Realizado endoscopia digestiva alta sendo evidenciado gastrectomia sub-total com reconstrução sob anastomose gastro-jejunal, término-lateral ampla, pênvea, sem lesões. Coto gástrico medindo 10cm. Alça aferente em fundo cego e alça eferente apresentando-se invaginada para a câmara gástrica com aspecto de sofrimento (cianose). Paciente foi submetido à laparotomia exploradora, observado intussuscepção em alça eferente para região gástrica em torno de 30 cm, apresentando sofrimento isquêmico com presença de 4 úlceras isquêmicas. Realizado rafia de lesão proximal do jejuno, enterectomia segmentar compreendendo 3 lesões e entero-entero anastomose termino-terminal.

Conclusão: Fatores mecânicos ou funcionais podem causar a IGJ, como levantamento excessivo do coto jejunal, ao peristaltismo excessivo, a um amplo orifício da anastomose. O exame mais importante é a endoscopia digestiva alta para a visualização de anastomoses e lesões intraluminais. Se a redução endoscópica for bem sucedida, o tratamento cirúrgico pode ser evitado, porém com risco de recorrência. O método cirúrgico, incluindo redução do membro, ressecção e revisão da anastomose, depende dos achados intra-operatórios. A cirurgia de emergência dentro de 48 horas pode levar a um melhor prognóstico e a taxa de mortalidade é de cerca de 10%. A IGJ requer diagnóstico precoce e gerenciamento apropriado. Na presença de dor abdominal e vômito após gastrectomia, o IGJ deve ser considerado no diagnóstico diferencial.

232

LINFANGIOMA CAVERNOSO DE MESENTÉRIO: UM ACHADO OCASIONAL

FELÍCIA ROBERTA SÁ BRITTO ANTUNES, FERNANDA COUTINHO KUBASKI, LUÍSA MENDONÇA DE SOUSA PINHEIRO, ADRIELLE PEREIRA VINCENSI, JANINE MARGUTTI LANZANOVA, ALINE SOLÉ PEREIRA, TIAGO PEREIRA TEIXEIRA e NIVALDO FONTOURA SEVERO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

INTRODUÇÃO: Os Linfangiomas são tumores benignos, de origem provavelmente congênita, mais comuns em regiões cervical e axilares. São incomuns em localização abdominal e pancreática. O linfangioma intra-abdominal é uma patologia rara, podendo variar de 1:23.000 a 1:120.000 das admissões em hospitais pediátricos. Este estudo visa relatar o caso de um achado ocasional, em um paciente com obstrução intestinal, de linfangioma cavernoso de mesentério. **RELATO DO CASO:** Paciente M.B.N., sexo masculino, 7 anos, chega ao Pronto Socorro de Pelotas-RS, relatando quadro de dor abdominal com 18 dias de evolução, a qual iniciou de modo esporádico, sem outras sintomatologias associadas; havia realizado neste período conforme orientação em Unidade Básica de Saúde, tratamento antiparasitário e analgesia. Mencionou que há 24 horas começou a apresentar aumento na intensidade da dor, a qual manifestava-se em cólica, com esforço e dor evacuatória associada. Ao exame físico, presenciou-se dor intensa à palpação profunda, ausência de sinais de peritonite, defesa ou massas palpáveis. Inicialmente, solicitou-se Tomografia Computadorizada de Abdome, com contraste, a qual evidenciou vasos em redemoinho, sugestivos de volvo de alça intestinal. Devido à ausência de flatulência e ato evacuatório, acrescida aos exames complementares, o paciente foi encaminhado para a Laparotomia Exploradora. Durante o inventário da cavidade comprovou-se volvo de delgado – as quais foram desfeitas – e a presença de cisto linfático de grande volume na transição íleo-jejunal. Realizou-se, então, enterectomia de alça com cisto linfático e anastomose término-terminal e solicitou exame anatomopatológico da peça cirúrgica – ao resultado, diagnosticou-se Linfangioma Cavernoso de Mesentério, com margens cirúrgicas livres. Após, paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo, então alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** O volvo de intestino delgado, é uma condição pouco frequente além do primeiro ano de vida. O Cisto mesentérico é definido como qualquer lesão cística sendo mais comumente encontrado ao nível do íleo. Os linfangiomas são divididos em simples, cavernosos e malformações macrocísticas, o referido acima apresentava linfáticos dilatados e presença de cápsula, assim classificado como cavernoso. O diagnóstico é feito por biópsia, e o principal tratamento utilizado é a excisão cirúrgica a fim de evitar complicações e malignização.

231

O PAPEL DA CIRURGIA PLÁSTICA NO HOSPITAL GERAL

IAN DAMAS VIEIRA, FELIPE ROMANO GONÇALVES CARVALHO, ESTEVÃO CONTAGE AMIN e SÉRGIO LUIZ CARDOSO MACIEL FILHO

FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS

Introdução: A Cirurgia Plástica é uma especialidade bem estabelecida e com séculos de existência, entretanto é uma disciplina pouco presente nas grades curriculares das faculdades de medicina. Apesar da divulgação de inúmeros casos mostrando os aspectos restauradores funcionais da especialidade, ainda perdura uma visão estreita e limitada em relação a sua prática, sendo mais conhecida e divulgada por sua vertente estética. Esse cenário não é apenas sustentado pela mídia sensacionalista, mas inclusive entre os profissionais da saúde. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é apresentar, através de inúmeros casos clínicos, um pouco do amplo espectro de atuação da Cirurgia Plástica, em seu ramo reparador, na rotina diária de um hospital geral, seja em pacientes ambulatoriais ou internados. **Métodos:** Foram coletados alguns casos baseados em prontuários dos pacientes atendidos pela equipe de cirurgia plástica no município de Petrópolis atendidos no Hospital Alcides Carneiro (HAC) e Hospital Santa Teresa (HST). Os pacientes tiveram como origem, os ambulatórios de cirurgia, na urgência/emergência e em outras clínicas dos hospitais citados que necessitaram de cuidados da equipe de Cirurgia Plástica. Foi produzida a partir desses dados uma série de casos para expor a experiência em procedimentos reconstrutivos do município de Petrópolis. **Resultado:** Através dos casos expostos é possível mostrar a relevância da Cirurgia Plástica e seus aspectos reconstrutivos que contribuem para a recuperação funcional de indivíduos com condições mórbidas variadas muito frequentes em um hospital geral. **Conclusão:** Entendemos poder ser de grande valia, sobretudo aos estudantes, a apresentação mais detalhada de uma especialidade que possibilita o tratamento de diversas patologias, direta e indiretamente, relacionadas ao tegumento, com a adequada reconstituição nos vários segmentos anatômicos da superfície corporal.

233

ABDOME AGUDO GINECOLÓGICO EM PACIENTE PRÉ PÚBERE

FELÍCIA ROBERTA SÁ BRITTO ANTUNES, LAURA ZAGO MUNHOZ, LUÍSA MENDONÇA DE SOUSA PINHEIRO, FERNANDA COUTINHO KUBASKI, JANINE MARGUTTI LANZANOVA, AMANDA DENTI FAVERO, ISABELLE KRISTAL GRALA SOUZA E SILVA e NIVALDO FONTOURA SEVERO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

INTRODUÇÃO: O abdome agudo ginecológico é mais frequente em mulheres jovens em idade fértil, caracterizado por dor abdominal súbita e irritação peritoneal. Os Cistos de ovário no período pré-menarca se formam além do período neonatal – antes, e têm o maior risco de malignidade. Uma das complicações que pode ocorrer é a torção desses cistos, pouco frequente na faixa etária pré-púber. Este estudo visa relatar a importância do diagnóstico diferencial, mesmo em faixa etária pediátrica, de torção de ovário. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente C.V.D.C., sexo feminino, 7 anos, chega ao Pronto Socorro de Pelotas-RS com queixa de dor abdominal, progressiva, em Fossa Íliaca Direita há 3 dias, associada a náusea e vômitos. Ao exame físico, apresentava ruídos hidroaéreos presentes e Blumberg positivo. Na suspeita de abdome agudo, solicitou-se exames de imagem: USG – a qual apresentou um aumento em ovário direito em comparação com o esquerdo – e Tomografia Computadorizada de Pelve – em que foi evidenciado torção de ovário. Ao se obter a confirmação diagnóstica, a paciente foi encaminhada a Laparotomia Exploradora. Durante o inventário da cavidade, havia grande quantidade de líquido peritoneal com aspecto sanguinolento, sem odor fétido e presença de massa anexa ao ovário direito. Realizou-se exérese de massa com preservação da integridade do ovário direito. Ao exame anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou-se torção com enfartamento hemorrágico. Paciente manteve-se com sinais vitais estáveis no pós-operatório, com alívio da dor abdominal, recebendo alta hospitalar em 48 horas. **CONCLUSÃO:** O caso apresentado destaca a importância de se incluir torção de ovário entre os diagnósticos diferenciais de dor abdominal na faixa etária pré-menarca, mesmo que a clínica seja clássica de outras patologias de abdome agudo mais prevalente na faixa etária citada acima. O quadro clínico é descrito com dor abdominal, náuseas e vômitos, febre, palpação de massa dolorosa abdominal ou pélvica e leucocitose, principalmente nas complicações como torção, hemorragia e ruptura.

234

NRS 2002 E FORÇA DE PREENSÃO MANUAL COMO PREDITORES DE COMPLICAÇÕES EM CIRURGIA ABDOMINAIS

RAPHAEL MOURA XAVIER, PEDRO ÉDER PORTARI FILHO, ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA, MARIA EDUARDA BOURET, RAISSA JOSÉ FRANÇA DE CARVALHO, TALINE ANNE DA SILVA AMARAL e THIAGO ENGELKE FERNANDES

UNIRIO

Introdução: A desnutrição é fator que piora a morbimortalidade pós-operatória devido à amplificação da resposta orgânica ao trauma. Diversas ferramentas encontram-se disponíveis para avaliação nutricional, não havendo, contudo, um padrão ouro. **Objetivos:** Correlacionar a avaliação nutricional e funcional através do NRS 2002 e análise da Força de Preensão Manual (FPM) com morbimortalidade pós-operatória em pacientes submetidos a cirurgias abdominais de grande porte. **Métodos:** Aplicou-se o NRS 2002 e realizou-se as medidas da FPM da mão dominante no pré-operatório de pacientes internados e submetidos a cirurgias abdominais de grande porte. Após a cirurgia, verificou-se o tempo de internação hospitalar, o grupo foi monitorado por 60 dias e os dados confrontados quanto ao aparecimento de complicações e óbitos. **Resultados:** Amostra composta de 44 pacientes, 29 do sexo feminino e 15 do sexo masculino, com média de idade de 54,55 anos. Encontrou-se 75% pacientes sob risco nutricional (NRS ≥ 3) e 25% fora do risco nutricional (NRS < 3). O percentual de pacientes com complicações pós-operatórias foi de 47%. Dessas, 43% eram não infecciosas e 57% infecciosas. Observou-se que o grupo com risco nutricional (NRS ≥ 3) apresentou taxa de complicações pós-operatórias de 52%, enquanto o grupo sem risco nutricional (NRS < 3) apresentou taxa de 36%. Além disso, os pacientes com NRS ≥ 3 tiveram mais complicação do tipo infecciosa (59%) quando comparada ao tipo não infecciosa (41%). O tempo de permanência hospitalar foi relativamente maior no grupo com NRS ≥ 3 (9,2 dias) quando comparado ao grupo com NRS < 3 (8,2 dias). Em relação a FPM viu-se que 75% tinham valores acima da normalidade (grupo 1) e 25% apresentavam valor abaixo da referência (grupo 2) para idade e sexo. O grupo 2 apresentou taxa de complicação pós-operatória de 72% enquanto o grupo 1 de 39%. O grupo 2 teve 45% dos indivíduos com complicação do tipo infecciosa, enquanto no grupo 1 esse número foi igual a 21%. Entre os pacientes do grupo 2, 82% apresentaram NRS ≥ 3 , enquanto no grupo 1 esse percentual foi de 72%. O tempo de permanência hospitalar foi maior no grupo 2 (11,1 dias) quando comparado ao grupo 1 (8,6 dias). Ocorreram 4 óbitos. **Conclusão:** Assim, os pacientes com risco nutricional apresentaram maior mor idade e tempo de internação hospitalar pós-operatório. Os pacientes com a FPM abaixo da normalidade apresentaram risco nutricional e maior número de complicações e tempo de internação hospitalar pós-operatório.

235

TRICOBEOZOAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

FELÍCIA ROBERTA SÁ BRITTO ANTUNES, ARTHUR INEU FIGUEIREDO, LAURA ZAGO MUNHOZ, LUISA MENDONÇA DE SOUSA PINHEIRO, JONATHAN LEAL CHELMINSKI, LUISA ENDRES DA CUNHA, GUILHERME JANKE e NIVALDO FONTOURA SEVERO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

INTRODUÇÃO: Bezoar é a impação de material estranho no interior do trato digestivo, originado a partir da ingestão de diversas substâncias. Tricobezoares são compostos de pelos ou cabelos, e adquirem importância por serem agentes causadores de várias patologias como obstruções, intuscepções, sangramentos, perfurações, apesar da raridade desse achado em casos suspeitos de oclusão intestinal. **RELATO DO CASO:** Paciente R.F.B, feminino, 7 anos, chega ao Pronto Socorro de Pelotas encaminhada de Jaguarão. Apresentava dor abdominal em fossa ilíaca esquerda, com 05 dias de evolução. Iniciou com quadro clínico de dor abdominal isolada, vômitos, ausência de flatulência, evacuação e distensão abdominal associadas. À chegada ao Serviço de Urgência, evidenciou-se leucocitose com desvio à esquerda e Rx abdominal mostrando sinais de obstrução intestinal sugestivo de Áscaris. Para estudo complementar, foi realizada TC abdominal, com contraste, a qual evidenciou distensão de alças do intestino delgado com espessamento parietal segmentar. A paciente então foi internada na UTI com suspeita de quadro obstrutivo, em virtude da piora do quadro clínico – e da possível etiologia por Áscaris – foi iniciado ceftriaxone, metronidazol e albendazol. Não apresentando melhora clínica, foi submetida a laparotomia exploradora, durante o inventário da cavidade, foi evidenciado edema de alças de delgado desde o ângulo de Treitz até a válvula ileo-cecal, grande quantidade de líquido livre intra-abdominal transilúcido sem sofrimento de alças intestinais. Realizado enterotomias em íleo terminal e médio com retirada de três tricobezoares. Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório. **CONCLUSÃO:** O caso apresentado destaca a importância de se incluir em bezoares entre os diagnósticos diferenciais de dor abdominal cursando com quadro de obstrução intestinal, particularmente em crianças de sexo feminino, inseridas em um contexto sociofamiliar facilitador de conflitos psicológicos.

236

DIAGNÓSTICO DE DUPLA VESÍCULA BILIAR NO PÓS-OPERATÓRIO: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

ÍSIS CHAVES FONSECA, MARCELO BARROS WEIIS, THAIZA DE SOUZA FILGUEIRAS, BRUNO FAGUNDES MUNIZ, WAGNER WILLIAM LOPES, CAROLINA GALVÃO TEIXEIRA, PAULA LOUREIRO MEIRELES ÁVILA DE MORAIS e DAYRA APARECIDA DE ALMEIDA PINHEIRO

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA - SUPREMA

Introdução: Alterações do trato biliar são comuns, porém a existência de dupla vesícula biliar é uma malformação congênita rara, atingindo 1 a cada 3.800 pacientes. O diagnóstico pré-operatório é difícil, já que a sintomatologia é indistinguível dos casos de vesícula única. Grande parte dos casos são identificados no pós ou intraoperatório. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de colestectomia laparoscópica em paciente com duplicação de vesícula biliar, tendo sido diagnosticada a anomalia em exames de rotina do pós-operatório de colestectomia prévia.

Relato de caso: Paciente masculino, 21 anos, submetido a colestectomia em 2016, devido a quadro de colestite aguda litíase. Teve alta hospitalar em boas condições e sem intercorrências. No início de 2018 nos exames de rotina do pós-operatório (tomografia computadorizada de abdômen e colangiorressonância) foi identificada imagem sugestiva de vesícula biliar com cálculos em seu interior. Ressonância magnética de julho de 2018 confirmou presença de alterações das vias biliares intrahepáticas. Paciente foi submetido à colestectomia laparoscópica que evidenciou vesícula biliar intrahepática. Foi feita dissecação cuidadosa do hilo e identificação do ducto hepático comum, direito e esquerdo para excluir lesão da via biliar principal. A vesícula biliar foi dissecada do seu leito e retirada pelo orifício do portal do epigástrico. Paciente evoluiu bem e recebeu alta em boas condições.

Conclusão: O diagnóstico de dupla vesícula biliar é muitas vezes difícil de ser feito, e é baseado na suspeita clínica e em estudos de imagem, sendo a ultrassonografia o método de escolha. Devido à grande variabilidade de apresentação, pode ser de difícil reconhecimento no intraoperatório. A abordagem por via laparoscópica é uma boa alternativa, e as chances de sucesso aumentam se as variações forem reconhecidas no pré-operatório, diminuindo o risco de lesões da via biliar principal. No caso relatado, a anomalia foi identificada apenas no pós-operatório. Contudo o estudo criterioso do trato biliar, feito antes da segunda colestectomia, e a abordagem sistêmica para identificação de estruturas nobres, no ato operatório, foram pontos cruciais para o sucesso da cirurgia e boa evolução do paciente.

237

EFEITO DA OXIGENAÇÃO HIPERBÁRICA NA SOBREVIDA E PESO DE RATOS APÓS CIRURGIA CONSERVADORA DO BAÇO.

ALBERTO FIGUEIREDO DE ANDRADE, JULIA BELIZÁRIO SILVEIRA, RAQUEL DE AZEVEDO BENEVIDES, ANDREA SAADE DAHER BORJAILI, MARESSA MALINI, TARCIZO AFONSO NUNES, DANILO NAGIB SAMOÃO PAULO e MARCELA SOUZA LIMA PAULO

Introdução: Estudos experimentais têm sido realizados para entender melhor as propriedades biológicas da oxigenação hiperbárica (OHB). Esse procedimento exerce seus efeitos terapêuticos por meio da alta concentração de oxigênio fornecido a 100%, sob pressão, dissolvido nos líquidos teciduais. Entre seus principais efeitos estão a proliferação de fibroblastos, neovascularização, atividade osteoclastica e osteoblástica e ação antimicrobiana. A OHB é usada no tratamento de doenças inflamatórias e isquêmicas, como feridas, intoxicação por monóxido de carbono e infecção necrótica aguda. Apesar dos benefícios, a OHB apresenta efeitos colaterais e complicações que podem afetar a sobrevivência e o peso dos animais. **Objetivo:** Avaliar o efeito da OHB na sobrevivência e peso de ratos submetidos à esplenectomia subtotal com preservação do polo inferior (ESTPI). **Método:** 40 ratos machos, Wistar, jovens, foram submetidos à ESTPI e distribuídos em: Grupo A (n=20), não tratados com OHB; Grupo B (n=20), tratados com OHB. Esses grupos foram divididos em 2 subgrupos de 10 animais cada, de acordo com a época de eutanásia: 15º e 45º dias. Após a ESTPI, os animais do grupo B foram submetidos à OHB em câmara apropriada, conforme protocolo: compressão gradual até 2,5 atm pelo período de 15 minutos, manutenção por 90 minutos, seguido da decompressão gradual da câmara por 15 minutos. Esse procedimento foi realizado 2 vezes ao dia, com intervalo de 3 horas entre as sessões, durante os 3 primeiros dias; e 1 vez ao dia, durante os 7 dias seguintes, totalizando 10 dias. Os animais do grupo A foram mantidos dentro da câmara hiperbárica pelo mesmo período utilizado para os animais do grupo B, para simular a OHB e submetê-los ao estresse de confinamento. Os animais foram pesados no dia da ESTPI, no 10º dia e no dia da eutanásia. **Resultados:** Não houve óbito durante o experimento até o momento da eutanásia. Todos os animais perderam peso do 1º ao 10º dia do pós-operatório, período do protocolo da OHB (p<0,005). Após 15 e 45 dias, o peso final dos ratos foi maior do que o peso do início do experimento (p=0,005). **Conclusão:** A OHB não interferiu na sobrevivência dos animais. Os ratos perderam peso durante o período em que foram submetidos à OHB e/ou confinados na câmara hiperbárica. As possíveis causas de emagrecimento podem ter sido a manipulação diária dos ratos, sua permanência dentro da câmara hiperbárica no período previsto pelo protocolo e o estresse resultante do procedimento cirúrgico.

238

EXÉRESE DE CISTO DE DUCTO TIREOGLOSSO COM SUSPEITA DE TIREOIDE ECTÓPICA EM ADULTO - RELATO DE CASO.

TAMIRYS CERUTTI MARTINS, BRUNA BRANDÃO DE REZENDE GONDIM, LIA ROQUE ASSUMPÇÃO, RENAN MARQUES DOS SANTOS, ROBERTA DA SILVA DE OLIVEIRA, RAQUEL COSTA BORGERTH e LEONARDO GUIMARÃES RANGEL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

Introdução: Cisto de ducto tireoglossos é o diagnóstico mais comum diante de massas cervicais anteriores em crianças, sendo que um terço dos casos ocorre em adultos após a terceira década de vida. Tal anomalia congênita ocorre devido à persistência do trato tireoglossos após a décima semana de gestação. Seu diagnóstico geralmente é acidental. Entretanto, é preciso excluir em seu segmento a possibilidade de tecido tireoidiano ectópico e malignidade. Há incidência de até 2% de carcinoma papilífero. Isto posto e visando evitar infecções de repetição, o tratamento consiste em exérese cirúrgica pelo procedimento de Sistrunk, no qual há ressecção do ducto tireoglossos até a base da língua com retirada da porção média do osso hioide. Este trabalho visa demonstrar a retirada cirúrgica de cisto tireoglossos com suspeita de tecido tireoidiano e malignidade em uma paciente cujo diagnóstico foi feito apenas na sexta década de vida.

Relato de caso: Paciente feminina, 59 anos apresentando desde 2013 abaulamento cervical anterior, móvel, indolor e sem flogose, com crescimento progressivo. Exames complementares evidenciaram nódulos tireoidianos e imagem cística com componente sólido junto a topografia de hioide sugestiva de cisto de ducto de tireoglossos com possibilidade maligna. Realizada biópsia aspirativa da lesão, cujo resultado foi inconclusivo. Foi então encaminhada para Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço onde realizou exérese da massa pelo método Sistrunk, além de tireoidectomia total. Não havia congelação disponível no intraoperatório. A paciente evoluiu com calcemia normal, reposição de hormônio tireoidiano e assintomática. O estudo histopatológico evidenciou hiperplasia nodular tireoideia e cisto tireoglossos apresentando adenoma folicular da tireoide. Linfonodos negativos para malignidade.

Conclusão: Na avaliação de um paciente com suspeita de cisto de ducto tireoglossos deve-se analisar a função tireoidiana e achados que sugerem malignidade: tamanho do cisto, consistência e mobilidade. E ainda dados dos exames de imagem: heterogeneidade, hipocogenicidade, microcalcificações e linfonodomegalia cervical. Além disso, o cisto é um componente que frequentemente pode levar a infecções de vias aéreas superiores e fistulas com estruturas adjacentes. Portanto, deve ser considerada abordagem cirúrgica e direcionamento do seguimento de acordo com os dados coletados na anamnese, exame físico, exames de imagem, além do que for encontrado no intraoperatório.

240

LINFOMA DE BURKITT EM REGIÃO INGUINAL: RELATO DE CASO

FREDERICO AUGUSTO RAMOS DA SILVA, VAGNER FELIPE DE MELLO COUTINHO, ERIK FIGUEIREDO RIBEIRO, LUIS ANTONIO VANNI GUERRA, MIGUEL CHAVES FILHO e INANCI MARINS COUTINHO

HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS

Introdução - Linfoma de Burkitt (LB) é um linfoma não-Hodgkin (LNH) de células B indiferenciadas de rápida evolução. Suas manifestações variam desde linfadenomegalia a doença extranodal. Quando os vasos linfáticos da região inguinal são acometidos, o sintoma mais relevante é o edema progressivo de MMII. O diagnóstico (Dx) é confirmado pelo exame histopatológico e reação de imuno-histoquímica (IMQ), enquanto o tratamento de eleição é a quimioterapia (QT). O prognóstico do LB depende da extensão acometida pela doença e do intervalo entre os primeiros sintomas e o Dx, sendo que as taxas de sobrevida em idade adulta é 75% a 85%. Nosso objetivo é relatar caso de LB, com seus aspectos clínicos, radiológicos e imunohistopatológico (IHP).

Relato de Caso - E.C.N, masculino, 32 anos, apresentou lesão em região inguinal esquerda, com diagnóstico inicial de lipoma, sendo realizado exérese em serviço ambulatorial. Evoluiu com abscesso local, sendo iniciado Amoxicilina-Clavulanato e suspeitado de HIV e/ou DSTs e solicitados exames para investigação diagnóstica. Exames foram negativos, e foi orientado a procurar Hospital Orêncio de Freitas, onde foi realizada biópsia. O histopatológico apresentou linfócitos infiltrando tecido fibromuscular e IMQ complementar inconclusiva. Clinicamente, foi observado progressiva evolução da lesão em extensão e profundidade, com secreção purulenta abundante e tecido necrosado em parede e assoalho, com odor fétido, além de edema em membros inferiores, hidrocele e febre com calafrios. Em internação CCIH orientou antibioticoterapia, realizar novo estudo histopatológico e debridamento da ferida. Foram realizados TC de tórax, abdome total e coxa esquerda que ao laudo por radiologista foi sugestivo de neoplasia abscedada. Histopatológico revelou linfoma não Hodgkin de alto grau infiltrando pele e tecido fibroconjuntivo e IMQ se revelou positivo para LCA, vimentina e Ki67 (> 90% células neoplásicas) /negativo para EMA.

Foi então obtida transferência para serviço de hematologia de hospital de referência onde foi iniciado tratamento quimioterápico.

Conclusão - Refere-se a caso raro de LB com comprometimento da região inguinal esquerda em adulto jovem. LB mesmo sendo agressivo possui bom prognóstico, quando realizado Dx precoce aliado a exames clínicos, imagem, IHP e início imediato de QT. A dificuldade na realização de exames de imagem e acessibilidade ao IHP dificultam o tratamento, porém o mais importante é devolver a qualidade de vida do paciente.

239

MUCOCELE DO APÊNDICE: RELATO DE CASO

LIVIA DORNELAS CORRÊA, VLADIMIR TANAN MATTOS DE LIMA E SILVA, GABRIEL VICTOR DORNELAS, LAURA DORNELAS CORRÊA e MARCELO BARROS WEISS

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ/JF

Introdução: Mucoccele do apêndice é uma condição rara que resulta da obstrução da luz do apêndice cecal provocada por acúmulo de material mucinoso em seu interior secundária a uma neoplasia mucinosa (cistoadenoma ou cistoadenocarcinoma). Possui uma taxa de incidência entre 0,2-0,3% e acomete preferencialmente mulheres a partir de 50 anos. Esta condição pode ser assintomática em até 50% dos pacientes e sua apresentação clínica pode cursar com dor e massa palpável em fossa ilíaca direita (FID). Apesar do diagnóstico preciso no pré-operatório ser difícil este é essencial para que uma adequada conduta cirúrgica seja definida. Na investigação está indicada a realização de USG abdome total que ao evidenciar apêndice cecal com 15mm ou mais de diâmetro sugere fortemente o diagnóstico de mucoccele do apêndice. Segundo o algoritmo de tratamento criado por Dhage-Ivatury e Sugarbaker pacientes que apresentarem apêndice e base do ceco íntegros, a apendicectomia simples via laparoscópica é a cirurgia de escolha. Uma das principais e mais temida complicação é a perfuração da mucoccele do apêndice seguida do desenvolvimento do pseudomixoma peritoneal (PMP). **Relato de caso:** Paciente de 55 anos do sexo feminino, queixando-se de disúria associada a dor supra púbica com cerca de cinco meses de evolução, apresentando exames de urina e bioquímica sem alterações, além de urocultura negativa. Realizou ressonância de pelve para elucidação do quadro a qual evidenciou formação expansiva pericecal alongada de conteúdo cístico, com paredes lisas e pequena septação, com realce pelo contraste, medindo cerca de 9x7,4x1,3 cm em FID, sugestiva de mucoccele do apêndice. Paciente então encaminhada ao serviço de cirurgia. Foi submetida a videolaparoscopia com identificação de apêndice cecal dilatado, sem sinais de perfuração. A inspeção da cavidade sem sinais de implantes peritoneais, linfadenopatia ou extravasamento mucinoso. Realizada apendicectomia; paciente apresentando boa evolução clínica, recebendo alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. Anatomopatológico evidenciando neoplasia mucinosa do apêndice de baixo grau, com margem comprometida. Optada pela realização de íleo tíflectomia videolaparoscópica com anastomose ileocólica complementar. **Conclusão:** Mucoccele do apêndice é uma condição rara e seu achado, normalmente, é incidental. A ressecção cirúrgica é o tratamento de eleição devido ao potencial de ruptura e evolução para PMP.

241

ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON TERMINAL NO RIO DE JANEIRO NA ÚLTIMA DÉCADA

LIVIA DORNELAS CORRÊA, CAMYLLA SANTOS DE SOUZA, MAYKON WANDERLEY LEITE ALVES DA SILVA, PHILIPPE RAMOS ACCIOLY e PATRICIA FRAGA PAIVA

HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS - HMTJ/JF

Introdução: Neoplasia é uma massa de tecido com crescimento anormal, descontrolado. As neoplasias de cólon podem se originar em qualquer área do trajeto do intestino grosso. É chamado de cólon terminal o trajeto que compreende a junção retossigmoide, reto, ânus e canal anal, onde ocorrem mais de 50% das neoplasias desse órgão. As neoplasias no cólon terminal tendem a se originar, principalmente, a partir de pólipos (sequência adenoma-carcinoma) e lesões verrucosas, como observadas nas lesões causadas pelo papilomavírus humano (HPV). **Objetivo:** Analisar os índices de diagnósticos de neoplasia maligna da junção retossigmoide, reto, ânus e canal anal no estado do Rio de Janeiro na última década. **Métodos:** Estudo descritivo transversal observacional, baseado em dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/DATASUS), considerando-se as variáveis faixa etária, sexo e etnia dos pacientes. **Resultados:** De 2008 a 2017, foram constatações 16.838 autorizações de internações hospitalares (AIH) no RJ, sendo 63,7% (10.737) em caráter eletivo e 36,2% em urgência (6.099). A faixa etária mais acometida corresponde a de 60-64 anos com 15,7% (2.653), sendo que, a partir dos 45 anos de idade, o número de casos chega a mais de mil. A incidência foi maior em mulheres, com cerca de 52% (8.768), enquanto para os homens foi de 47,9% (8.070) dos casos. Quanto à cor/raça, notou-se 40% (6.810) da cor branca, 25% (4.310) não souberam informar, 24% (4.059) parda, 8% (1.389) preta, 1,5% (254) amarela e 0,09% (16) indígena. A média de permanência hospitalar foi de 9,31 dias no RJ em dez anos, chegando a 9,8 dias em 2016 e a 8,3 dias em 2011, o maior e o menor tempo de internação no período avaliado, respectivamente. O valor total de investimentos hospitalares somou um montante de R\$ 32.738.310,35 (uma média de R\$ 3.273.831,03 por ano), bem como o número de óbitos chegou a 2.192 no RJ. **Conclusão:** O predomínio do caráter eletivo (63,7%) das AIH decorrentes de neoplasia confirmou o atributo crônico desta intercorrência, implicando em maior permanência hospitalar e alto custo com a assistência. A incidência aumenta proporcionalmente ao envelhecimento; no entanto, mulheres e indivíduos brancos são mais acometidos, sugerindo a reflexão quanto à maior expectativa de vida feminina e o acesso facilitado pelos brancos ao sistema público de saúde, corroborando para o diagnóstico e manejo.

242
SCHWANNOMA GÁSTRICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

LUCAS ALLAN RIBEIRO PORFIRIO, MICHEL WASHINGTON CALABRIA CARDOSO, PAULA FATTURI MORETZ-SOHN, RICARDO DUARTE SIMÕES, AUGUSTO TORRES DE LIMA DA COSTA RAMOS, GEISON ORÇAY ECCARD e RICARDO SILVA GUIMARÃES

INTRODUÇÃO: Lesões gástricas com células fusiformes são raras, afetando geralmente a submucosa e a muscular própria. Os tumores mais frequentes dessa categoria são os estromais gastrointestinais (GIST), seguidos do leiomioma e do Schwannoma gástrico (SG). Os SG são tumores geralmente benignos, não-encapsulados, bem delimitados e representam apenas 0,2% de todos os tumores gástricos e 4% de todas as neoplasias gástricas benignas. O pico de incidência está na 4ª e 5ª décadas de vida, geralmente envolvendo mulheres. Também podem ocorrer em crianças e a transformação maligna já foi relatada. A maioria dos pacientes permanecem assintomáticos por longos períodos de tempo, sendo diagnosticados incidentalmente em exames de imagens ou laparotomia. Pacientes sintomáticos mais frequentemente se apresentam com ulcerações e hemorragia digestiva alta, e uma massa palpável pode ser presente se o tumor crescer exofiticamente.

RELATO DE CASO: Trata-se de uma paciente de 70 anos, sexo feminino, sem comorbidades, com história de dor abdominal inespecífica por 3 meses em investigação pela Gastroenterologia. Endoscopia digestiva alta com biópsia revelou: hérnia de hiato por deslizamento, esofagite grau A de Los Angeles e presença de lesão de aspecto subepitelial em corpo gástrico. A pesquisa do H. pylori foi negativa e a biópsia concluiu hiperplasia foveolar leve, gastrite crônica leve e atividade inflamatória, metaplasia intestinal, atrofia, agregados linfóides e ulceração ausentes, não sendo encontrada lesão subepitelial sugestiva de GIST. Entretanto, em função da história clínica da paciente, exames de imagem e suspeição de malignidade, foi indicada gastrectomia atípica videolaparoscópica, englobando toda a lesão em corpo de grande curvatura e margens cirúrgicas. O laudo histopatológico revelou neoplasia fusocelular, sugestiva de GIST, medindo 5,0x4,5x4,5cm, com infiltrado inflamatório peritumoral, baixo índice mitótico e invasão até a serosa. Necrose, infiltrações vasculares e perineurais não foram visualizadas e as margens cirúrgicas foram livres. Já a análise imuno-histoquímica concluiu tumor em grande curvatura compatível com Schwannoma Anôdico, com imunopositividade com o anticorpo antiproteína S-100 e Ki-67<3%.

CONCLUSÃO: Os Schwannomas Gástricos são tumores raros das células de Schwann e seu diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com os GIST, sendo seu tratamento por ressecção cirúrgica videolaparoscópica plenamente factível, como no caso descrito.

243
ABORDAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA DE LEIOMIOSARCOMA DE CÓLON ASCENDENTE - RELATO DE CASO.

ADRIANO GUIMARÃES FRANCO, JULIANO ALVES FIGUEIREDO, LIVIA PAULUCCI CAVALCANTE ANDRADE, DANIELA FONSECA LISBOA KAYSER, HUDSON PINHEIRO CAMPOS, FELIPE AUGUSTO THEREZA DOS SANTOS e JOSÉ ISMAR DE ASSIS NETO

HOSPITAL DA BALEIA

Introdução: O leiomioma é um tumor formado por células de músculo liso com origem rara no aparelho digestivo, acometendo o cólon em 2% dos casos. Sarcomas correspondem a 0,1% das neoplasias malignas do intestino grosso e, no cólon, os maiores índices de acometimento ocorrem em cólon ascendente, transverso e descendente. A maioria ocorre entre a 5ª e 6ª décadas de vida. Os sintomas surgem apenas quando os tumores estão localmente avançados ou quando há evidências de metástases, levando a alta morbimortalidade. O tumor dissemina-se, principalmente, por via hematogênica e por contiguidade. O tratamento é a ressecção cirúrgica, com sobrevida de cinco anos em 40% a 60% dos casos.

Relato de Caso: Paciente de 47 anos, feminino, com história de investigação de anemia, sem outros sintomas. A colonoscopia evidenciou lesão vegetante de 40mm em cólon ascendente. Realizada biópsia que revelou neoplasia indiferenciada com áreas sarcomatóides. A imunohistoquímica apresentou CD 117(ckit) negativo, desmina D 33 positiva, ki 67 positivo em 80% das células, antígeno epitelial de membrana negativo. A paciente foi submetida a colectomia direita laparoscópica com exérese de 23 linfonodos, todos negativos para metástase. A lesão sarcomatosa invadia até a submucosa do cólon. A paciente foi submetida a quimioterapia com ifosfamida, doxorubicina (ciclos de 3 dias/ 21 dias). Após 11 meses da abordagem cirúrgica e tratamento quimioterápico, foi encontrada metástase em lobo hepático direito, o qual foi ressecado. Após 15 meses, apresentou metástases pulmonares irremediáveis, evoluindo a óbito.

Conclusão: O leiomioma de cólon é uma doença rara, de evolução indolente. Manifesta-se com sintomatologias vagas e inespecíficas, como quadros anêmicos. A cirurgia curativa ideal é a ressecção através da colectomia, no entanto, apresenta elevada mortalidade devido a presença de metástases e ao diagnóstico tardio da patologia. Dada a baixa sobrevida, diagnóstico tardio e limitação diagnóstica e terapêutica, ressalta-se a necessidade e importância de pesquisas e publicação dos casos abordados em revista médica e congressos científicos.

244
PREVALÊNCIA DE CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR EM PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA EM 15 ANOS

LUCAS ALLAN RIBEIRO PORFIRIO, MICHEL WASHINGTON CALABRIA CARDOSO, RICARDO DUARTE SIMÕES, PAULA FATTURI MORETZ-SOHN, AUGUSTO TORRES DE LIMA DA COSTA RAMOS e RICARDO SILVA GUIMARÃES

INTRODUÇÃO: O câncer de vesícula biliar (CVB) é uma modalidade rara e representa o 5º dentre as neoplasias do trato gastrointestinal. Entretanto, é a neoplasia maligna mais comum das vias biliares. O tipo histológico mais frequente é o adenocarcinoma, correspondendo a quase 90% dos casos, sendo classificado em papilar, tubular e mucinoso. O objetivo deste estudo é analisar a prevalência do CVB em pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica, assim como os fatores de risco associados, através de coleta retrospectiva de dados e revisão dos laudos histopatológicos de pacientes do Hospital Naval Marcílio Dias no período entre Janeiro de 2003 e Fevereiro de 2018.

DISCUSSÃO: No período, foram realizadas 7800 colecistectomias videolaparoscópicas. Destas, 7259 (93%) foram eletivas e 541 (7%) foram de urgência, sendo 5992 (76,8%) pacientes do sexo feminino e 1808 (23,3%) do sexo masculino. De acordo com os laudos histopatológicos, foram encontrados 65 (0,83%) casos de neoplasia maligna, destes, 63 (96,9%) receberam o diagnóstico de Adenocarcinoma e 2 (3,1%) de linfoma não-Hodgkin. Dos pacientes com neoplasia maligna, apenas 3 (4,6%) pacientes apresentavam pólipos na vesícula biliar e somente 2 (3%) não apresentavam colelitíase, com uma média de idade de 62,73 anos. O quadro clínico inespecífico e a ausência de sintomas sugestivos fazem com que o diagnóstico seja realizado de forma tardia e em estágio avançado, o que compromete o seu prognóstico, aumenta a morbidade do tratamento e diminui a sobrevida em longo prazo. Por isso, na maioria dos casos, o diagnóstico é incidental em colecistectomias por colelitíase. Em nosso estudo, 76,9% dos pacientes foram do sexo feminino, com uma média de 64,56 anos de idade. Dentre os sintomas principais que ocorrem nessa patologia, está a dor abdominal principalmente em hipocôndrio direito, associada ao emagrecimento. Sintomas colelitíase e dispépticos sugerem doença avançada.

CONCLUSÃO: O CVB é raro e o principal tipo histológico é o Adenocarcinoma. Não há sintomas específicos e na maioria dos casos, a queixa principal é a dor abdominal em hipocôndrio direito. O principal grupo afetado são mulheres acima de 50 anos, com colelitíase, correspondendo, portanto aos principais fatores de risco para a patologia em questão. Pólipos na vesícula são considerados fatores de risco para neoplasia, entretanto neste estudo não representou uma associação tão significativa quanto à colelitíase.

245
TIMECTOMIA NAS PATOLOGIAS TÍMICAS: EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ROSANA SIQUEIRA BROWN, REBECA CORYNE MAGALHÃES SAD MEDINA, FERNANDA CAROLINA FRAIOLI PROENÇA, PEDRO GUIMARÃES ROCHA LIMA, ROSSANO KEPLER ALVIM FIORELLI e MARIA RIBEIRO SANTOS MORARD

UNIRIO

Introdução: Patologias tímicas representam 50% das massas de mediastino anterior, sendo o timoma o tumor mediastinal mais comum em adultos (20%), com pico entre 40 e 60 anos. Aproximadamente 50% dos pacientes com timoma são acometidos pela Miestenia Gravis (MG). Dentre as principais indicações de timectomia estão MG sintomática não timomatosas com anticorpo anticolinesterase positivo, MG com timoma e tumores tímicos. As técnicas de timectomia são: transternal (clássica), transcervical, vídeo-assistida e robótica. A literatura recente considera que a timectomia minimamente invasiva tem taxas de sucesso iguais ou superiores a procedimentos abertos, como esternotomia e toracotomia.

Objetivos: Analisar o perfil clínico e o diagnóstico histopatológico dos pacientes submetidos à timectomia, com ou sem MG.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo dos pacientes portadores de patologias tímicas tratados no período de setembro de 1994 a maio de 2018. Foi feita uma análise sistemática dos prontuários e analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, associação com MG, técnica cirúrgica e o diagnóstico histopatológico.

Resultados: Foram analisados 268 pacientes submetidos a abordagem mediastinal, onde 30 (11,19%) apresentavam patologias tímicas. Quanto ao sexo, 25 (83,33%) eram mulheres e 05 (16,67%) homens, com média de idade de 42,56 anos (faixa de 14 – 81 anos). Destes, quinze (50%) eram acometidos por MG. Os diagnósticos histopatológicos encontrados foram: hiperplasia tímica 12 (40%), timoma 11 (36,67%), cisto tímico 02 (6,67%), doença de Hodgkin 02 (6,67%), timolipoma, linfangioma tímico e adenocarcinoma 01 de cada (3,33%). Quanto aos timomas, os tipos diagnosticados foram: AB (27,28%), A (18,18%), invasivo (18,18%), B2 (9,09%), B3 (9,09%), cístico (9,09%) e metaplásico (9,09%). A timectomia minimamente invasiva por cirurgia torácica vídeo-assistida foi realizada em 08 pacientes (26,67%) e procedimento aberto (transternal), em 22 (73,33%).

Conclusão: As patologias tímicas representaram 11,19% das patologias mediastinais, com predomínio no sexo feminino (5,1). A metade destes pacientes eram portadores de MG, sendo 26,67% associados com timoma. O timoma foi o tipo mais predominante (36,67%) dos diagnósticos histopatológicos, o que está de acordo com a literatura.

246
COLEDOKOLITÍASE COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE COLANGIOCARCINOMA
ARTHUR LIMEIRA LIMA LEITE, FRANCISCO OSMAR SOUSA ARRUDA, JOSÉ ORLANDO DA COSTA FILHO, RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO, ANDRÉ LUIZ PINHEIRO DE MENEZES, RENATO BRUNO CAVALCANTE LEITE, LIA MOREIRA PINTO CUNHA e EUGÊNIA RODRIGUES FERREIRA
HOSPITAL GERAL CESAR CALS
Introdução – Colangiocarcinomas são malignidades do trato biliar que podem se originar no fígado ou nas vias biliares extra-hepáticas. Podem ser encontrados em três regiões: intra-hepática, extra-hepática peri-hilar e extra-hepática distal. Relato de caso – JTM, 65 anos, masculino, natural e procedente de Itapipoca, Ceará, vendedor. Admitido no serviço de endoscopia em 28/2/18 por quadro de dor abdominal de forte intensidade em hipocôndrio direito, associado a náuseas e vômitos e síndrome colestática. Ao exame físico, apresentava icterícia importante, sem outras alterações importantes. Trazia ultrassom endoscópico que mostrava vesícula biliar com cálculos, hepatocolédoco de 8mm, com imagem hiperecótica móvel, com sombra acústica posterior, medindo cerca de 6mm por 3mm, sugestiva de cálculo. Submetido a colangiopancreatografia retrógrada que identificou vias biliares intra e extra-hepáticas dilatadas, com calibre de 20mm, imagem de subtração compatível com cálculo (18mm por 20mm), impactado em ducto hepático. Realizadas várias tentativas de passagem de fio-guia e papilótomo pelo cálculo, sem sucesso. Foi encaminhado para o serviço de cirurgia geral, onde foi submetido a cirurgia de exploração de vias biliares, com aposição de dreno de Kehr, sem intercorrências, com colangiografia intraoperatória mostrando clareamento da via biliar e bom esvaziamento. Realizada colangiografia no quinto pós-operatório, que não mostrou áreas de subtração, e a chapa de retardo realizada 20 minutos após mostrou um bom esvaziamento da papila duodenal. Recebeu alta e retornou ambulatorialmente no vigésimo primeiro pós-operatório para a retirada do dreno de Kehr. Readmitido no hospital de 3 meses depois por quadro de colangite, sendo aventada a hipótese de estenose de papila. Submetido a nova colangiopancreatografia retrógrada que evidenciou papila de aspecto normal, mas uma estenose em via biliar principal, em topografia de ducto hepático comum, sendo passada uma prótese plástica para drenagem de via biliar. Houve melhora importante dos sintomas, mas, devido à evolução incomum do quadro, surgiu a hipótese de colangiocarcinoma, sendo o paciente submetido a laparoscopia diagnóstica, que evidenciou imagens sugestivas de implantes metastáticos em peritônio parietal de espaço subfêrnico direito. Biópsias confirmaram se tratar de implantes de adenocarcinoma. Conclusão – Paciente foi colocado em tratamento paliativo, vindo a falecer poucos dias após a confirmação do diagnóstico.

249
TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL EM DUODENO ASSOCIADO A NEUROFIBROMATOSE TIPO 1
ARTHUR LIMEIRA LIMA LEITE, RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO, FRANCISCO OSMAR SOUSA ARRUDA, FELIPE DE LIMA MONTEIRO, ANDRÉ LUIZ PINHEIRO DE MENEZES, RENATO BRUNO CAVALCANTE LEITE, LIA MOREIRA PINTO CUNHA e RAFAEL DA SILVA LIMA
HOSPITAL GERAL CESAR CALS
Introdução - Os tumores estromais gastrointestinais (GIST), do inglês Gastrointestinal Stromal Tumors) são as neoplasias mesenquimais mais frequentes no trato gastrointestinal (TGI), correspondendo a 1 a 3% dos tumores de TGI.. Relato do caso – paciente feminina, 78 anos, natural e procedente de Granja, Ceará, doméstica, admitida no serviço de cirurgia por dor abdominal epigástrica em queimação de dois anos de evolução, associado a saciedade precoce e perda ponderal de 19%. Cirurgia prévia para colecistectomia há 17 anos, em que foi realizada derivação biliodigestiva por lesão de via biliar. Ao exame físico, evidenciados múltiplos nódulos distribuídos pelo corpo de vários tamanhos e manchas café-com-leite em tronco e efêlides axilares. Endoscopia digestiva alta evidenciou lesão volumosa, sésil em bulbo duodenal, ocupando a parede anterior, com ulceração em superfície (biópsia, que evidenciou pólio hiperplásico de bulbo). Ecoendoscopia evidenciou lesão nodular ulcerada com ecotextura heterogênea, focos de calcificação e foco anecoico sugestivo de liquefação por necrose, originando-se em quarta camada e medindo cerca de 2,5 x 2,5 cm sugestiva de GIST. Tomografia de abdome com contraste mostrou formação nodular hipodensa de contornos irregulares, com calcificações em permeio, exibindo intenso realce heterogêneo pós-contraste, situada na região parietal do bulbo duodenal, reduzindo o lúmen e abaulando o contorno medial medindo 3,2 x 2,9 cm nos seus maiores eixos do plano axial, sem evidências de doença metastática. Imunohistoquímica da lesão foi positiva para CD117 e CD34 que confirmaram o diagnóstico de tumor estromal gastrointestinal. Operada para ressecção cirúrgica da lesão, sendo realizado duodenectomia e antrectomia com reconstrução em Billroth II. Foi de alta no 7º dia do pós-operatório tolerando bem dieta oral e sem sintomas. Readmitida com 15 dias da alta por náuseas e vômitos biliosos pós-prandiais persistentes. Tomografia de abdome mostrou duas coleções hipodensas epigástricas (58 x 23mm e 41 x 29mm), a EDA evidenciou estase biliar volumosa em cavidade gástrica e alça eferente angulada, impedindo a passagem do aparelho. Submetida a laparotomia exploradora sendo vista loja em hipocôndrio direito e epigástrico com secreção purulenta bloqueada por epíplon e deiscência da anastomose gastrojejunal. Realizada ressecção do segmento fistulado e reconstrução em Y de Roux. Conclusão - Teve boa evolução no pós-operatório com aceitação progressiva da dieta.

247
CÂNCER DE CÔLON COM INVASÃO DO URETER: SUBSTITUTO URETERAL COM TUBO JEJUNAL À MONTI.
ADRIANO GUIMARÃES FRANCO, JULIANO ALVES FIGUEIREDO, LIVIA PAULUCCI CAVALCANTE ANDRADE, ADRIANO GUIMARÃES FRANCO, DANIELA FONSECA LISBOA KAYSER, HUDSON PINHEIRO CAMPOS, JOSÉ ISMAR DE ASSIS NETO e EDMILSON CELSO SANTOS
HOSPITAL DA BALEIA
Introdução: O tumor colorretal localmente avançado representa 10% dos casos; acomete órgãos adjacentes por contiguidade, sem metástases à distância. O acometimento ureteral torna necessário ao cirurgião do aparelho digestivo o conhecimento das técnicas de reconstrução do trato urinário. A utilização de um segmento ileal à Monti é uma alternativa utilizada para se restabelecer o trânsito urinário com segurança. Relato de Caso: Paciente JCPC, feminino, 53 anos, diagnosticada com adenocarcinoma de reto alto sincrônico a adenocarcinoma de cólon descendente localmente avançado. Foi submetida a colectomia total com ressecção de ovário, trompa e ureter esquerdos. Realizada reconstrução do trânsito intestinal por meio de anastomose íleo-retal e confeccionada ileostomia protetora; ligadura primária de ureter proximal resultando em obstrução temporária do trânsito urinário do rim esquerdo. Após 15 dias, houve confirmação histológica de adenocarcinoma de cólon invasor e ausência de neoplasia nos 25 linfonodos dissecados. No 19º dia pós-operatório, realizou-se o fechamento da ileostomia e reconstrução do ureter com três tubos ileais pela técnica de Monti, em série, formando um tubo de 21cm. A anastomose com a bexiga foi feita com tunelização da porção distal pela técnica de Lich-Gregoir. Posicionado stent ureteral duplo J. Paciente apresentou boa recuperação pós-operatória e o stent foi retirado após 60 dias. Realizou quimioterapia adjuvante. As tomografias de abdome e pelve após a operação mostraram trânsito urinário pèrvio e ausência de refluxo vesico-ureteral; função renal preservada e sobrevida de 5 anos complementam a análise pós operatória. Conclusão: Em avaliação retrospectiva, a equipe cirúrgica preferiria uma nefrostomia provisória ao invés da ligadura do ureter esquerdo no primeiro tempo cirúrgico. Destaca-se a reconstrução ureteral a Monti com utilização de três tubos ileais, por ser abordagem rara, e a sobrevida de cinco anos com função renal preservada Diante disso, os resultados pós operatórios imediatos e tardios foram satisfatórios na visão dos autores.

250
RELATO DE CASO DE SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES EM PACIENTE COM DOR PÉLVICA CRÔNICA
SILVANA DANIELA CÉSPEDES GÓMEZ, ALEJANDRO DELFOS HERMOZA, ESAU FURINI FERREIRA BARROS, CARLOS EDUARDO SOUSA DE CARVALHO, MAYRA SEVERICH TORRICO, ALEXANDRE GOMES AGOSTINHO, KARLO DANILSON DE MORAES SOUSA e ALLISON TAKEO TSUGE
HOSPITAL DE CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI
INTRODUÇÃO: A Síndrome de Quebra-Nozes (SQN) é caracterizada por sinais e sintomas secundários ao pinçamento da veia renal esquerda, que ocorre mais comumente entre a artéria mesentérica superior e a aorta. As manifestações clínicas incluem hematúria associada à dor lombar ou pélvica, varicocele ou varizes pélvicas. A hematúria não glomerular é a mais frequente, sendo atribuída à rotura de varizes de paredes finas para os cálices renais adjacentes. A maioria das perdas são autolimitadas e sem repercussão hemodinâmica. Este trabalho objetiva apresentar um caso de SQN.
RELATO DE CASO: Mulher, 35 anos, iniciou quadro de dor abdominal periumbilical e em hipogástrico um ano antes da admissão, com piora em ortostase, associado à dispareunia, sem alterações do hábito intestinal, com várias internações prévias por dor refratária a analgesia. O laboratório apresentava leucocitúria e hematúria progressiva. Ultrassonografia (USG) pélvica mostrou útero bicorno e cisto ovariano; USG de rins e vias urinárias mostrou nefrolitíase bilateral. Na colonoscopia, foi retirado pólio retal. TC abdominal mostrou cisto de corpo lúteo e compressão de veia renal esquerda, ectasia ovariana e varizes pelvicas ipsilaterais.. Já com diagnóstico de SQN, foi submetida à tratamento endovascular, com passagem de stent em veia renal esquerda, sem intercorrências. Houve melhora dos sintomas, está há três anos em acompanhamento ambulatorial.
CONCLUSÃO: A dor pélvica crônica é um problema subdiagnosticado nas mulheres. Dentre suas causas encontramos a síndrome de congestão pélvica (dismenorreia, dispareunia, dor pélvica e disúria), que tem como uma das suas etiologias a SQN. Sua prevalência provavelmente é superior ao seu diagnóstico, já que nem sempre a presença da alteração anatômica característica provoca sintomatologia. Em estudo envolvendo 66 pacientes, entre 1992 e 2000, d'Archambeau et al. relataram incidência de 83% da SQN em pacientes encaminhados por sintomas de congestão venosa pélvica. Dentre os possíveis tratamentos, encontram-se o clínico e o cirúrgico. O tratamento endovascular, por meio do uso de stent, é recente, tendo se mostrado eficaz e seguro, e uma opção às terapêuticas mais invasivas. Ainda não há, entretanto, consenso em relação ao tratamento endovascular na SQN, uma vez que não existem na literatura trabalhos com acompanhamento em longo prazo. O presente trabalho demonstra um caso de SQN.

251

TRATAMENTO DE VOLVO GÁSTRICO COMPLICADO COM PERFURAÇÃO: RELATO DE CASO

JOSÉ ARTHUR DANTAS BALDUÍNO, LOURIVAL DINIZ CARVALHO NETO, BRUNO MENEZES COSTA, FERNANDO CERQUEIRA NORBERTO DOS SANTOS FILHO, LINCOLN ALVES RIBEIRO, TÚLIO BARBOSA NOVAES, DOUGLAS MARQUES FERREIRA e ANA LIVIA DANTAS BALDUÍNO SILVA

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS - RECIFE-PE

Introdução: O volvo de estômago é quadro raro, em que ocorre rotação do eixo gástrico e obstrução de sua luz. O evento agudo pode simular um quadro de obstrução intestinal alta associado a dor epigástrica. É classificado de acordo com o eixo de rotação – tipo 1: organoaxial, mais comum; tipo 2: mesenteroaxial; tipo 3: misto, mais raro. Em 75% dos casos está associada a fator anatômico, como hérnia hiatal. Casos que evoluem com complicações como isquemia ou perfuração apresentam mortalidade de até 50%.

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 79 anos, portadora de doença de Alzheimer, trazida à emergência com quadro de dor e distensão abdominal importante, associada a vômitos. Ao exame, encontrava-se hemodinamicamente estável, desidratada, com abdome distendido, hipertímpanico e doloroso à palpação difusa. Sem sinais de peritonite. Laboratório com anemia, hipocalemia e hiponatremia. Radiografia e tomografia de abdome mostravam grande distensão gástrica. Iniciado tratamento com hidratação, antibioticoterapia, correção de distúrbios hidroeletrólitos e descompressão gástrica com cateter nasogástrico. Realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou grande distensão gástrica, secundária à rotação de seu eixo, bem como úlcera em fundo gástrico, de aspecto isquêmico. Tentado tratamento endoscópico, sem sucesso.

Óptado por laparotomia exploradora com achado de estômago com dimensões aumentadas e volvo gástrico com rotação no eixo mesenteroaxial e perfuração em parede posterior de fundo gástrico, bloqueada para retroperitônio. Não foram observados fatores anatômicos determinantes para o volvo, como hérnia hiatal, bridas ou tumores. Em virtude dos achados, optamos por gastrectomia vertical, seguida de gastropexia em parede abdominal. Passada sonda nasoesférica para início precoce de alimentação.

Paciente evoluiu com boa evolução em pós-operatório, estadia curta em UTI por 24h e recebendo alta de enfermaria cirúrgica com alimentação por via oral no quinto dia pós-operatório.

Conclusão: O volvo gástrico é uma causa rara de emergência cirúrgica, associada a alta morbimortalidade e necessitando de alto índice de suspeição para o diagnóstico. O tratamento cirúrgico deve incluir correção de fatores determinantes e fixação gástrica à parede abdominal, seja por gastropexia ou gastrectomia. Gastrectomia parcial ou total podem ser necessárias.

253

OTIMIZAÇÃO PERI-OPERATÓRIA BASEADA EM PROTOCOLOS FAST-TRACK EM CIRURGIA BARIÁTRICA.

ADRIANO GUIMARÃES FRANCO, MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS, CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA, FELIPE AUGUSTO THEREZA DOS SANTOS, DANIELA FONSECA LISBOA KAYSER, ESTHER OLIVEIRA DA SILVA, GABRIELA DE MARTIN SILVA e DIEGO PEREIRA ZILLE

HOSPITAL DA BALEIA

Introdução: A obesidade e as doenças a ela relacionadas vêm apresentando resultados satisfatórios de tratamento após procedimentos laparoscópicos de cirurgia bariátrica. A implantação de programas de cuidados multimodais peroperatórios – também chamados de protocolos fast-track – apresentam resultados satisfatórios na redução da resposta de estresse perioperatório e restauração precoce da função dos órgãos vitais para a rápida recuperação do paciente. Entretanto, ainda não existem muitos estudos mostrando resultados da abordagem de protocolos fast-track para a cirurgia bariátrica no Brasil, podendo otimizar ainda mais os resultados quando devidamente implantados.

Objetivos: Avaliar segurança e resultados de otimização na recuperação pós-operatória em Cirurgia Bariátrica após implementação de protocolos fast track. **Métodos:** Busca ativa em prontuários e análise retrospectiva da evolução de 498 pacientes submetidos à Gastroplastia Videolaparoscópica com emprego de protocolos fast track para otimização perioperatória entre Janeiro de 2015 e Abril de 2018. Levantados dados relacionados a técnicas cirúrgicas, dados de morbimortalidade associados, tempos de reintrodução da dieta e de retorno da deambulação, bem como tempo de internação hospitalar.

Resultados: A análise retrospectiva de 498 prontuários de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no Hospital da Baleia em Belo Horizonte mostrou como técnica predominante o Bypass gástrico em Y de Roux, com 60,44%. Os protocolos fast track aplicados controlaram a dor pós-operatória em 68,4% dos paciente e a êmese em 83,8%. O tempo médio de internação foi de 1,47 dias, bem como o tempo médio para reintrodução da dieta foi de 9,40 horas. O tempo médio para retorno da deambulação foi de 7,38 horas. No quesito morbimortalidade cirúrgica observou-se complicações relacionadas à cirurgia em 32 casos (6,4% do total), com 01 óbito no período (0,2%).

Conclusão: O emprego de protocolos fast track nos pacientes submetidos à Cirurgia Bariátrica no Hospital da Baleia, em Belo Horizonte, mostrou bons resultados no controle da dor e êmese pós-operatórios e, associado a deambulação precoce e retorno precoce da dieta líquida, alcançaram otimização da recuperação pós-operatória permitindo sensação de bem estar precoce, satisfação do paciente, alta precoce e consequente redução de custos hospitalares. Além disso, a aplicação dos protocolos mostrou segurança para adoção dos mesmos com base em nossas análises dos dados de morbimortalidade

252

RINOPLASTIA ABERTA COM ENXERTO COSTAL E RECONSTRUÇÃO DO ARCABOUÇO COSTAL

POLLYANNA DA SILVA SIQUEIRA, MELISSA MARTINS BARBOSA, RENATA LOUZADA DE MORAES, MARIA ELENA MANDARIM DE LACERDA, LEONARDO ARAÚJO GUIMARÃES e HENRIQUE MELO XAVIER

FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS

INTRODUÇÃO: É sabido que a reestruturação do nariz visa o suporte ou aumento de volume tendo como base o uso frequente de técnicas adequadas, como a enxertia autóloga, visto se tratar de um material de alta biocompatibilidade e baixo risco de infecção e extrusão. Na maioria dos casos a cartilagem septal parece ser considerada a melhor opção de escolha, enquanto a cartilagem costal está indicada em situações em que a cartilagem septal está indisponível ou não é suficiente para prover a projeção e estruturação necessárias da ponta e dorso nasais. Buscou-se particularizar, nesse contexto, elucidar uma situação em que se usou enxerto costal seguida de reconstrução de arcoabouço costal. **RELATO:** OMX, 26 anos, masculino, médico, procura o serviço de cirurgia plástica queixando-se de dificuldade ao "puxar o ar pelo nariz", que se intensificava aos exercícios, além de alteração estética nasal referindo-se ao dorso baixo e a ponta caída. Há dois anos, foi submetido a uma septoplastia por desvio de septo. Após dois meses, devido a um trauma nasal, evoluiu com formação de um hematoma infeccionado, diagnosticado pela Tomografia Computadorizada de face, que evidenciou espessamento da mucosa e formações enfisematosas. Foi realizada drenagem cirúrgica acompanhada da associação de antibióticos de largo espectro. **Endoscopia nasal:** Presença de mucosas íntegras, sem perfurações, insuficiência valvar interna, que se agravava na inspiração forçada, nariz com o dorso desabado (selado) e uma ponta caída e sem sustentação suficiente. Diante do quadro exposto, foi proposta uma rinoplastia aberta com enxerto costal e reconstrução do arcoabouço costal. **Descrição cirúrgica:** Foram realizadas incisões de relaxamento em pericôndrio septal com uma ascensão das cartilagens triangulares até o neosepto; uma fixação do enxerto costal na crista nasal anterior e no septo posterior remanescente em formato de "L" e enxerto de sobreposição das cartilagens alares, com a finalidade de aumentar a projeção da ponta nasal e enxerto de ponta em escudo que proporcionou elevação e definição da ponta. **CONCLUSÃO:** A Rinoplastia aberta com enxerto costal é uma opção confiável, de simples execução e segura com baixos índices de complicações a longo prazo, não obstante, os resultados estéticos são ótimos ao promover um remodelamento nasal, mantendo a resistência para suportar a expansão e deflação da cinética respiratória.

256

INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO

LUCAS SCARANELLO, PEDRO EDER PORTARI FILHO, ANDREA POVEDANO, THALES PENNA DE CARVALHO e GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI

Introdução: A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) vem sendo apontada como a mais prevalente infecção associada a cuidados de saúde evitáveis no mundo. No Brasil, a ISC é a terceira infecção mais frequente entre os pacientes hospitalizados, e representa cerca de 15% das infecções hospitalares - entre os pacientes cirúrgicos, responde por 38% delas. Entende-se por ISC toda infecção pós-operatória resultante da contaminação do sítio cirúrgico que ocorre dentro de 30 dias após o ato operatório - ou dentro de 1 ano, no caso de colocação de prótese. Ainda que evidenciem avanços notáveis nas práticas de controle de infecção, as ISC continuam a ser uma importante causa de morbidade, hospitalização prolongada e morte. A ISC está associada a uma taxa de mortalidade de 3%. Diante das evidências, a vigilância epidemiológica constante das ISC mostra-se fundamental no intuito de reduzir as taxas de incidência deste agravo e melhorar a qualidade do atendimento ao paciente cirúrgico.

Objetivos: Avaliar a incidência de ISC nas cirurgias eletivas do serviço de Clínica Cirúrgica de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro. **Objetivos secundários:** identificar os fatores de risco possivelmente relacionados à ocorrência de ISC.

Método: Estudo coorte retrospectivo com pacientes maiores de 18 anos submetidos a cirurgias de caráter eletivo realizadas de maio de 2014 a junho de 2017. Foi avaliada a presença ou não de infecção com a avaliação pós-operatória realizada no 7º e no 30º dia após a cirurgia. Foi comparada a presença de infecção quanto a idade, sexo, Índice de Massa Corporal, classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA), presença de doença maligna, tempo de cirurgia, tipo de cirurgia, uso de profilaxia antibiótica, porte cirúrgico e classificação da ferida operatória (FO).

Resultados: Foram avaliados 975 pacientes e a incidência de ISC foi de 2,9%. Houve relação estatisticamente significativa entre os seguintes fatores de risco e a ocorrência de ISC: presença de doença maligna, tempo de cirurgia prolongado, FO classificada como potencialmente contaminada, grande porte cirúrgico e procedimento coloproctológico. O tempo de internação hospitalar pós-operatória do paciente com ISC foi cerca de 8 vezes maior.

Conclusão: A taxa de incidência de ISC é baixa e compatível com a literatura. Malignidade, tempo de cirurgia prolongado, ferida operatória potencialmente contaminada e procedimento coloproctológico estão associados com o maior risco de infecção.

257

TRATAMENTO DE FRATURA COSTAL: ABORDAGEM CIRÚRGICA

ANA PAULA FERNANDES BRAGA, DANIELLA MONTECINO VAZ DE MELO, PHILIPPE CHAVES WINTER, GUSTAVO HENRIQUE BORGES DE BRITO e SÍLVIO PEREIRA BORGES JUNIOR

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR

INTRODUÇÃO

A fratura de arco costal é a lesão torácica mais comum no trauma torácico contuso, envolvendo 10% dos pacientes vítimas de trauma. Abordagem conservadora com analgesia vigorosa e suporte respiratório é a primeira escolha de tratamento. Entretanto, estudos randomizados e de corte mostraram desfechos positivos para a fixação de arcos costais, sobretudo para pacientes com insuficiência respiratória aguda, dor torácica intensa e comprometimento da mecânica pulmonar, apesar da terapêutica clínica otimizada. Dentre os benefícios da fixação dos arcos costais podemos citar o melhor controle alérgico, a incidência reduzida de pneumonia e de traqueostomia, o menor tempo de ventilação mecânica e de internação hospitalar.

RELATO DE CASO

Paciente de 38 anos, sexo masculino, admitido em Unidade Hospitalar, vítima de colisão frontal carro e carreta durante o trajeto para o trabalho. Cinemática gravíssima envolvendo capotamento do veículo e óbito de três colegas na cena. Propedêutica do trauma revelou fraturas bicorticais e desalinhas das 3o ao 8o arcos costais à direita, sendo que do 6o ao 8o havia dois pontos de fratura. Presença de pequeno hemopneumotórax associado, diagnosticado apenas na Tomografia Computadorizada. O paciente queixava-se de dor intensa com comprometimento do padrão respiratório e restrição de mobilidade. Ao exame observou-se deformidade de parede torácica direita com abaullamento na topografia das fraturas.

Diante do quadro optou-se por correção cirúrgica das fraturas, realinhando e fixando os 4,5 e 6 arcos costais com placas de titânio. Procedimento foi realizado sem intercorrências. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com melhora do padrão respiratório, do controle alérgico, independência da oxigenioterapia e melhor tolerância à mobilização.

CONCLUSÃO

A fixação de arcos costais deve ser considerada em pacientes com tórax instável, com fraturas múltiplas e bicorticais e que não obtiveram uma resposta satisfatória ao manejo clínico. O ato operatório, quando adequadamente indicado, reduz tempo de ventilação mecânica, risco de pneumonia e complicações respiratórias, além dos gastos com medicações analgésicas, internação e tempo de afastamento das atividades laborais. Portanto, o conhecimento das indicações da correção cirúrgica define o tratamento adequado do paciente.

260

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HÉRNIA INTERNA PÓS DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y-DE-ROUX

JÚLIA CORREIA CARDOSO GUIMARÃES, MICHELLE TERTULIANO BRUNO AHMED, LUCAS RODRIGUES DA CUNHA PAES LEME, CASSIO DESTEFANI LOPES, KAIC FIUZA CAMPOS, LAÍS SALES FREIRE SILVA e RENAN TORRES DE CARVALHO

Introdução: A obesidade representa um grande problema de saúde mundial por gerar consequências graves para os indivíduos, levando a um prejuízo em sua qualidade de vida. O tratamento definitivo da obesidade é cirúrgico, sendo a derivação gástrica em Y-de-Roux (DGYR) ou cirurgia de Fobi-Capella uma das técnicas cirúrgicas mais utilizadas no Brasil (75%). Atualmente, a cirurgia feita por laparoscopia é menos invasiva, com menor índice de complicações perioperatórias quando comparada à laparotomia, porém está associada à alta incidência de hérnia interna (HI), correspondendo a 53,9% dos casos de obstrução intestinal e à incidência de 0,2% até 8% dentre as complicações existentes. Um fator contribuinte para o desenvolvimento dessas hérnias é a redução rápida e significativa da gordura corporal e intra-peritoneal, motivo da hérnia do paciente em questão.

Relato do caso: No caso em questão, o paciente foi submetido à DGYR videolaparoscópica há 6 anos devido à obesidade com IMC=36 kg/m² e quadro de apnéia obstrutiva do sono, sem outras comorbidades, havendo sido feito fechamento de espaço de Petersen. Apresentou quadro de dor abdominal súbita, de forte intensidade, em cólica, em andar superior do abdome e região mesogástrica, refratária à medicação analgésica com escopolamina. Foi submetido à laparoscopia, onde se firmou o diagnóstico de obstrução intestinal por herniação de alça de delgado na região da entero-entero anastomose por uma abertura de mesentério, tendo sido feita a liberação das alças e fechamento da brecha. Paciente evoluiu bem, sem outras complicações.

Conclusão: A HI pode ser definida como protusão do intestino através de um defeito dentro da cavidade abdominal. As HI após DGYR podem ocorrer através de 3 defeitos, criados durante a cirurgia, sendo eles: no mesentério da anastomose entero-enterica, no mesocólon transversal (mais frequente na abordagem retrocólica) e no espaço de Petersen. Além disso, a rápida perda de peso após DGYR com redução da gordura intraperitoneal pode promover maiores defeitos mesentéricos. Esses defeitos devem ser fechados por sutura, a fim de se evitar a formação de HI. A HI é de difícil diagnóstico por conta de sintomas e exames complementares pouco específicos. O diagnóstico tardio gera o agravamento do quadro, podendo haver isquemia, necrose e perfuração intestinal e até óbito.

258

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO

LUÍZA CARDOSO LOURENÇO, CAROLINE BRITO NOVAES e TAISSY ARRUDA DE MATOS INGRUND

HOSPITAL FEDERAL DO ANDARA

INTRODUÇÃO

Íleo biliar é uma importante causa de obstrução do trato gastrointestinal, porém menos de 0,5% dos pacientes com colelitíase apresentam obstrução mecânica do intestino delgado. A patogênese da maioria dos casos de fístulas se dá por um mecanismo inflamatório pericolecístico posterior a um quadro de colelitíase. Cerca de 90% dos cálculos obstrutivos são maiores do que 2 cm de diâmetro e 50 a 70% dos cálculos impactam no íleo. A apresentação clínica típica caracteriza-se por dor abdominal difusa e vômitos, podendo haver febre, desidratação, distensão abdominal e ruídos hidroaéreos aumentados. O diagnóstico é clínico-radiológico, sendo ele realizado em até 77% dos casos de forma pré-operatória por meio de exames de imagem como a TC. O tratamento é primariamente cirúrgico.

RELATO DE CASO

O.N., sexo feminino, 46 anos, sem comorbidades, apresentou-se ao serviço de emergência com quadro de dor abdominal difusa, com predomínio em fossa ilíaca e hipocôndrio esquerdos. À TC de abdome evidenciou-se aerobilia e dilatação de jejuno à montante de ponto de stop com imagem sugestiva de cálculo biliar. A paciente foi submetida ao tratamento cirúrgico, com enterotomia para retirada de cálculo e enterorrafia, sem abordagem da fístula, evoluindo satisfatoriamente no pós-operatório.

CONCLUSÃO

O caso relatado traz à luz a discussão de uma importante, porém pouco frequente, causa de obstrução gastrointestinal, que pode apresentar elevada morbimortalidade caso haja atraso no tratamento. O íleo biliar afeta predominantemente mulheres e idosos com comorbidades e o seu diagnóstico condição é clínico-radiológico, não devendo ser a laparotomia exploradora a principal ferramenta diagnóstica. O tratamento é cirúrgico de urgência, portanto a hipótese diagnóstica de íleo biliar deve estar presente nos diagnósticos diferenciais de abdome agudo obstrutivo. A realização de colecistectomia e correção ou não da fístula dependerão de vários fatores, como o estado geral do paciente e a experiência do cirurgião.

A colelitíase, apesar de ser uma doença benigna, pode apresentar graves complicações que muitas vezes são desconhecidas, como o íleo biliar, e que necessitarão de intervenção cirúrgica de urgência em um cenário desfavorável. Portanto devemos considerar a indicação de colecistectomia eletiva como forma de prevenção destas complicações, principalmente em pacientes sintomáticos e de baixo risco cirúrgico.

261

OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL ENTEROENTERICA EM PACIENTE ADULTO HIV POSITIVO

ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA, ISABELLE MARINHO ROZISKA, LUCAS MORENO PERLINGEIRO NUNES NETO, GABRIEL LEMOS ANTUNES e FRANCISCO EDUARDO SILVA

UNIRIO

Introdução: A Intussuscepção Intestinal pode ser definida como a telescopagem de um segmento intestinal dentro do segmento adjacente. A intussuscepção nos adultos é rara e equivale a 5% dos relatos na literatura de obstrução intestinal; 90% dos casos apresentam lesão orgânica. A idade média para desenvolver a intussuscepção varia de 45 a 57,5 anos com distribuição equivalente entre homens e mulheres. A maior parte dos casos está associada a neoplasias, mas também são descritas outras etiologias, como pólipos, lipoma, divertículo de Meckel, metástases, linfomas e aderências. Muitos casos de intussuscepção são diagnosticados em pacientes com imunodeficiência, principalmente nos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV). A causa mais comum de intussuscepção nos portadores do HIV é o Linfoma de Burkitt.

Relato de caso: R.S.C., sexo masculino, 48 anos, portador do HIV, foi encaminhado para avaliação da Cirurgia Geral no dia 23/06/18. Referiu que há cerca de 10 dias iniciou quadro de dor abdominal difusa de forte intensidade associada a náuseas e vômitos pós-prandial, com piora evolutiva e constipação intestinal há uma semana. Alegou dor abdominal refratária ao uso de opioides. Negou febre e alergias. Ao exame físico apresentava-se lúcido, orientado, mal estado geral, emagrecido. O abdome era flácido, peristáltico, doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal.

Aos exames laboratoriais: Hemoglobina 9,7 g/dL; Hematócrito 29,8%; Plaquetas 43.000/ μ L; Leucócitos 10,1x10³/ μ L; Bastões 10%; Teste Rápido de HIV: reagente. A tomografia computadorizada de abdome e pelve não contrastada demonstrou presença de pneumoperitônio, líquido livre em cavidade e massa em intestino delgado sugerindo intussuscepção. Foi indicada laparotomia exploradora. Ao Inventário da cavidade abdominal encontrou-se moderada quantidade de líquido turvo, tumoração endurecida de alça de intestino delgado medindo cerca de 50 centímetros sugestiva de intussuscepção com áreas de necrose em toda sua extensão. Foi realizada uma enterectomia com anastomose mecânica látero-lateral de intestino delgado.

Conclusão: O caso relatado está em consonância com a literatura, uma vez que a suspeita clínica, associada aos achados laboratoriais e tomográficos, levaram ao tratamento cirúrgico de urgência. A laparotomia exploradora confirmou a obstrução por intussuscepção intestinal enteroenterica, previamente sugerida pela TC.

262

COMPLICAÇÕES EM PACIENTE SUBMETIDO A DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y-DE-ROUX COM ANEL: UM RELATO DE CASO

RENAN TORRES DE CARVALHO, LAÍS SALES FREIRE SILVA, LUCAS RODRIGUES DA CUNHA PAES LEME, MICHELLE TERTULIANO BRUNO AHMED, JÚLIA CORREIA CARDOSO GUIMARÃES, KAIC FIUZA CAMPOS e CÁSSIO DESTEFANI LOPES

UFF

Introdução: A obesidade tem crescido substancialmente entre as populações, acometendo cerca de 30 milhões de brasileiros. Diante disso, o tratamento cirúrgico para a obesidade tem sido procurado com frequência e uma das técnicas consideradas padrão-ouro para tratamento da obesidade mórbida é a derivação gástrica laparoscópica em Y-de-Roux. Assim, uma variante desse procedimento é a utilização de um anel de silicone como fator de contenção do by-pass gástrico para induzir maior perda ponderal. Entretanto, pode haver alguns inconvenientes nesta restrição forçada. Nesse sentido, o presente relato refere-se a uma paciente operada por essa técnica com anel que após alguns anos apresentou implicações relacionadas ao mesmo. Ademais, junto ao caso é feita uma discussão correlacionada a validade deste procedimento.

Relato de caso: M.P.S, sexo feminino, 63 anos, branca e casada. Foi submetida a uma gastroplastia redutora com derivação gástrica em Y-de-Roux com anel de borracha em 2004 (IMC: 44,41 kg/m²) que resultou em uma considerável perda de peso (IMC: 27,85 kg/m² - 6 anos depois). Após 6 anos da cirurgia apresentou vômitos após alimentar-se, hiperparatireoidismo e hipertireoidismo. Ao exame endoscópico foi observado o anel bem posicionado e pérvio. Na ultrassonografia de abdome foi constatado cálculos calciais em ambos os rins e pequena hérnia umbilical (4mm). Na radiografia contrastada de Esôfago, Estômago e Duodeno (REED/SEED) revelou esôfago normal e trânsito e esvaziamento normal do pouch e alças sem sinal de compressão pelo anel. A priori, a suspeita foi de vômitos psicogênicos e a paciente foi orientada a continuar o acompanhamento psiquiátrico. Após 8 anos da última consulta a paciente retornou ao ambulatório queixando-se de epigastralgia, piora dos vômitos após alimentar-se e ganha ponderal substancial (IMC: 36,89 kg/m²). Na endoscopia foi notado pouch gástrico a 6 cm do anel e úlceras localizadas na anastomose gastro jejunal. Ao exame ultrassonográfico do abdome foi observado esteatose hepática moderada e cálculos renais não obstrutivos. O risco cirúrgico foi considerado baixo e com isso foi orientado a retirada do anel de silicone por via laparoscópica. Durante o procedimento foi observado a presença de bridas do omento e parede, que foram retiradas e liberadas. Além disso, foi constatado brida de intestino delgado na área de anastomose com o estômago e próximo ao anel. Após a retirada do anel, a paciente evoluiu de forma satisfatória e foi encaminhada

263

RIVES-STOPPA VIDEOLAPAROSCÓPICO

CARLOS EDUARDO BELARMINO FILHO, IGOR OLIVEIRA NEVES, RENATO ABRANTES LUNA e RODRIGO FELIPPE RAMOS

UNIRIO

A técnica de Rives-Stoppa é utilizada para reparo de hérnias ventrais com diástase de retos, consistindo na aproximação dos músculos e reconstrução da linha média, e colocação de tela no espaço retromuscular e pré-peritoneal. As indicações para realização da técnica videolaparoscópica ainda não estão bem estabelecidas, sendo realizadas normalmente em hérnias de tamanho médio, que exigem grandes reparos. Descrevemos o caso de uma paciente com hérnia ventral incisional submetida a reparo pela técnica de Rives-Stoppa videolaparoscópica.

Paciente F.F.P., 38 anos, feminina, branca, hipertensa e diabética sob uso contínuo de Losartana, Atenolol e Metformina, realizou colecistectomia videolaparoscópica e hernioplastia umbilical em outubro de 2017, evoluindo com dor supraumbilical acompanhada de abaulamento dois meses após a cirurgia. Ultrassonografia revelou hérnia epigástrica, mais visível em ortostase, com diástase de reto medindo 10 cm. Internada em 15 de maio de 2018 para realização de Hernioplastia epigástrica à Rives-Stoppa videolaparoscópica.

O procedimento foi iniciado com a entrada no espaço retromuscular pela bainha do reto esquerdo, por onde se iniciou a abertura da bainha posterior, em direção medial, passando o espaço pré-peritoneal e abrindo a bainha posterior do reto contralateral para chegada ao seu espaço retromuscular. Uma vez dissecados e liberados ambos os retos, o saco herniário foi identificado, aberto, e teve seu conteúdo reduzido à cavidade peritoneal. Sutures de aproximação na linha Alba foram realizadas, com fechamento da diástase com Polyester 2-0 e do defeito herniário aponeurótico com com Vicryl 0, e o defeito peritoneal foi fechado com Prolene 2-0. Uma tela de Marlex 15X15 foi posicionada no plano retro-retal sem a necessidade de suturas de ancoragem.

A técnica de Rives-Stoppa videolaparoscópica, por ser nova, ainda não apresenta resultados a longo prazo bem definidos; porém estima-se uma potencial redução das complicações de ferida operatória nas cirurgias de reparo de hérnias ventrais incisionais por evitar grandes incisões e flaps cutâneos. Futuramente, sua aplicabilidade se tornará melhor definida, sendo ainda realizada em poucos centros.

264

TUMOR TESTICULAR GERMINATIVO COM PREDOMÍNIO DO TIPO SEIO ENDODÉRMICO EM ADULTO: RELATO DE CASO

CARLOS EDUARDO DE CARVALHO SOUSA, THALLES RAPHAEL FERNANDES CHASSAGNEZ, FERNANDA IGLESIAS SACOMAN MARQUES, MAYRA ANDREA SEVERICH, SILVANA DANIELA CÉSPEDES GÓMEZ e ALLISON TAKEO TSUGE

Introdução: o tumor testicular corresponde a 1% a 1,5% de todos os cânceres no homem. Apesar disso, é o tumor sólido mais comum acometendo jovens entre 15 e 35 anos, na sua fase de maior produtividade. No Brasil estima-se uma incidência anual de 2,2/100.000 habitantes. A maior incidência encontra-se entre brancos quando comparado com negros ou amarelos. O tumor de testículo tem três tipos principais: tumores de células germinativas, tumores de células não germinativas e tumores extragonadaes. Embora a causa exata do tumor de testículo não seja conhecida, muitos fatores aumentam o risco do seu aparecimento: criptorquia, atrofia testicular, síndrome de Klinefelter, infertilidade, história familiar, a presença de tumor testicular contralateral e fatores hormonais. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de neoplasia de testículo germinativo com predomínio do tipo histológico seio endodérmico.

Relato de caso: Paciente masculino, 44 anos, sem histórico familiar de neoplasias, com queixa de aumento importante de volume de bolsa escrotal, pesando cerca de 8 quilos e dor abdominal há cinco anos. Apresentava bom estado geral, porém com dor em região inguinal direita e bolsa escrotal, sendo internado para investigação. Evoluiu com surgimento de úlcera necrótica em bolsa escrotal, com extensão para camadas profundas e adjacentes da tumoração. Tomografia abdominal mostrou massa retroperitoneal. Realizada orquiectomia direita com retirada do tumor, além de biópsia excisional de linfonodo pélvico e hernioplastia inguinal direita. Anatomopatológico evidenciou tumor germinativo composto por seio endodérmico (60%), carcinoma embrionário (30%) e seminoma (10%). Paciente segue em acompanhamento pela equipe urológica e oncológica, em programação para retirada de massa abdominal.

Conclusão: Apesar do tumor testicular germinativo do tipo histológico seio endodérmico ser mais frequente em crianças e adolescentes, devemos considerar esse diagnóstico em adultos.

265

HÉRNIA INTERNA APÓS BYPASS GÁSTRICO COM FECHAMENTO DOS DEFEITOS MESENTÉRICOS - RELATO DE CASOS

GABRIELA DE MARTIN SILVA, DANIELA FONSECA LISBOA KAYSER, LIGIA NASCIMENTO FIGUEIREDO AMARAL, CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA, MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS, ADRIANO GUIMARÃES FRANCO e ARIELE SOUZA MELO

FUNDAÇÃO BENJAMIN GUIMARÃES

Introdução: A cirurgia de bypass gástrico em Y-de-Roux (BPGYR), por videolaparoscopia, é o procedimento bariátrico mais realizado no mundo, representando 45% de todas as cirurgias bariátricas. A introdução da técnica laparoscópica melhorou a segurança e reduziu a morbimortalidade relacionada ao procedimento, porém houve aumento na incidência de hérnia interna (HI) após a cirurgia. A HI é uma complicação comum do bypass gástrico (prevalência de 14%) e a causa mais frequente de obstrução do intestino delgado após BPGYR laparoscópico. As alterações anatômicas decorrentes do RYGBP, o uso da laparoscopia e a perda de peso pós-operatória, são responsáveis pela alta incidência de HI após esse procedimento. O fechamento primário dos defeitos mesentéricos, durante a cirurgia, tem se mostrado eficaz em reduzir a incidência de hérnia interna e o risco de obstrução do intestino delgado. O fechamento de todos os defeitos e o procedimento realizado por via antecólica mostrou menor incidência de HI (1%; P < 0,001) e de obstrução do intestino delgado (razão de risco 0,65, IC 95% 0,41- 0,76, p=0,0002) após 03 anos de cirurgia. Entretanto a HI pode se desenvolver apesar do fechamento dos defeitos mesentéricos e a eficácia dessa intervenção pode estar associada ao aumento do risco de obstrução do intestino delgado no pós-operatório imediato, causada por torção da jejunojejunoostomia.

Relato de caso: Apresentamos o caso de 03 pacientes, submetidos ao by-pass gástrico laparoscópico em Y-de-Roux com fechamento dos defeitos mesentéricos, que apresentaram como complicação, HI com obstrução de intestino delgado durante o seguimento pós-cirúrgico em 04, 16 e 22 meses de seguimento. Em todos os três pacientes, foi realizado TC de abdome e laparoscopia, que identificou em dois deles, HI entre o mesentério na jejunojejunoostomia e em um deles HI no espaço de Petersen. Optado por laparotomia mediana, com correção manual da hérnia interna, alinhamento das alças e fechamento dos respectivos defeitos mesentéricos.

Conclusão: A HI é uma complicação potencial após o BPGYR laparoscópico. O fechamento de defeitos mesentéricos durante o procedimento pode reduzir a incidência de HI, porém ainda assim ela pode ocorrer como mostramos nos relatos dos casos. Apesar da ausência de dados conclusivos, muitos cirurgiões bariátricos optam pelo fechamento dos defeitos mesentéricos e devem estar atentos para o risco de obstrução intestinal precoce, causada pela torção da jejunojejunoostomia.

266

MESOTELIOMA PAPILIFERO BEM DIFERENCIADO DE APÊNDICE EPIPLÓICO

RÔMULO COSTA DOS SANTOS BANDEIRA, RICARDO SILVA GUIMARÃES, MICHEL WASHINGTON CALABRIA CARDOSO, ALEXANDRE HERDEIRO DA SILVA, GEISON ORÇAY ECCARD, PAULA MORETZSOHN, DANIELA CEZÁRIO MENEZES, SOPHIE HORNEMANN, LUCAS ALLAN PORFIRIO e JULIANA TRINDADE DE ANDRADE

Introdução: Mesotelioma é uma neoplasia rara com origem nas membranas serosas da pleura, peritônio, pericárdio ou túnica vaginal dos testículos. O mesotelioma papilífero bem diferenciado do peritônio (MPBD) é mais comum em mulheres entre 30 e 40 anos, não possuindo relação comprovada com a exposição a asbesto, de curso indolente, sendo normalmente um achado incidental na laparotomia, sem sintomas específicos. Será relatado um caso de MPBD de apêndice epiploico, que são pequenas saculações pedunculadas de peritônio repletos de tecido adiposo em um homem assintomático de 48 anos.

Relato de Caso: C.C.A, sexo masculino, 48 anos, assintomático, dá entrada no HNMD com indicação de hernioplastia inguinal bilateral e umbilical eletiva por videolaparoscopia. Sem evidência de exposição a asbesto. Durante a cirurgia foi visualizado incidentalmente, concordando com literatura, uma lesão próxima ao apêndice epiploico, sendo realizado sua ressecção, sem outras lesões suspeitas. A conclusão do estudo anatomopatológico após realização de imuno-histoquímica foi de Mesotelioma papilífero bem diferenciado. Como macroscopicamente não houve evidência de doença peritoneal, a cirurgia citoredutora não foi indicada, optando-se pelo seguimento ambulatorial do paciente com rastreio através da RNM de abdome de 6 em 6 meses.

Conclusão: O MPBD do peritônio é um subtipo incomum de mesotelioma e as lesões normalmente são nódulos pequenos, múltiplos ou solitários, como no caso apresentado. A Tomografia Computadorizada de abdome é o exame de escolha inicial quando há suspeita da doença, porém no caso não foi realizada, já que se tratava de uma cirurgia eletiva para hérnias. A laparoscopia diagnóstica com biópsia associada à imuno-histoquímica consistem o padrão-ouro para diagnóstico. Atualmente, a conduta terapêutica preconizada é a cirurgia citoredutora (peritonectomia). Em muitos centros de referência a quimioterapia hipotérmica intraperitoneal (Hipec) é associada. Neste caso optou-se pelo acompanhamento do paciente, pois macroscopicamente não houve evidência de tumoração peritoneal, e a cirurgia citoredutora será realizada caso necessário. Em resumo este caso foi válido devido à raridade de ocorrência do MPBD de apêndice epiploico, não sendo comum no sexo masculino, além de ressaltar a importância do seguimento oncológico desses casos pela possibilidade de transformação em Mesotelioma maligno difuso, apesar do seu comportamento indolente.

268

RELATO DE CASO: VOLUMOSO SCHWANNOMA EM REGIÃO PÉLVICA

DIANDRA MARCELA KARPINSKI, JULIANA CRISTINA DE OLIVEIRA LIMA, CRISTIANO NIQUINE DE FREITAS, JAIRO ESTEBAN ASTUDILLO VALEJO, VANESSA ALINE MIRANDA VIEIRA, MARCOS ROS ZAMBELLI DE ALMEIDA, IGOR DOMINICK MICHALICK e LUCIANA CARVALHO HORTA

COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO

INTRODUÇÃO: O Schwannoma é um tumor benigno que geralmente causa sintomas locais por compressão dos nervos envolvidos ou de estruturas adjacentes. A maior parte dos Schwannomas surge no ângulo pontocerebral, quando extradurais são mais encontrados associados a grandes troncos nervosos. Dos Schwannomas extracranianos, cerca de 25% a 45% ocorrem na região de cabeça e pescoço, sendo os Schwannomas espinhais incomuns e menos de 5% desses são pré-sacrais ou sacrais.

RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 27 anos, previamente hígido, admitido com quadro de dor em região hipogástrica e polaciúria há cerca de 10 meses, sendo realizada propedêutica com exame de imagem evidenciando lesão em topografia pélvica. Em tomografia notava-se, lesão expansiva em região pré-sacral de aspecto encapsulado, sólida, de limites definidos e contorno regulares, condicionando compressão às estruturas adjacentes, deslocando a bexiga, a próstata e o reto, mas sem sinal de invasão, medindo 10,2x11,3x9,1cm, volume 545,4 cm³, com hipótese diagnóstica de Schwannoma.

O paciente foi submetido à Laparotomia exploradora com exérese de toda a lesão em região pélvica, ato bem tolerado e sem intercorrências. Apresentou boa evolução pós-operatória em enfermaria, tendo alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório. O anatomopatológico e a imuno-histoquímica confirmaram o diagnóstico de Schwannoma. O paciente manteve acompanhamento ambulatorial após a cirurgia e seis meses após o procedimento encontrava-se assintomático, com resolução completa das queixas algícas e urinárias.

CONCLUSÃO: O Schwannoma em região pré-sacral é uma entidade rara e seu tratamento geralmente consiste em a ressecção completa. No caso relatado, a ressecção radical do tumor por laparotomia foi utilizada devido à presença de uma lesão neoplásica retroperitoneal de diagnóstico patológico desconhecido, a fim de garantir o tratamento ideal e a sobrevida do paciente. Algumas complicações relacionadas aos nervos envolvidos, como parestesia, fraqueza e dor lombar e nos membros, têm sido descritas como complicações da cirurgia, porém o paciente desde relato não apresentou nenhuma complicação após a cirurgia. Embora as tentativas de completa ressecção da lesão estejam associadas a maior taxa de complicações, é aconselhável a exérese completa do tumor com margens negativas. O resultado do tratamento cirúrgico relatado foi satisfatório, sem registro de complicações.

267

PANICULITE MESENTÉRICA: O QUE ARENDER COM OS RELATOS DE CASOS

DIANDRA MARCELA KARPINSKI, RODRIGO FARIA CARDOSO, JULIANA CRISTINA DE OLIVEIRA LIMA, VANESSA ALINE MIRANDA VIEIRA, JAIRO SEBASTIAN ASTUDILLO VALLEJO, CHRISTIAN ESTEBAN ASTUDILLO VALLEJO, LUCIANA CARVALHO HORTA e JORGE LUIS GUERRERO CISNEROS

COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO

A pancreatite mesentérica é uma doença inflamatória crônica fibrosante, rara, que afeta o tecido adiposo do mesentério. A prevalência é de 0,6 a 2,5% da população, com uma proporção de homens para mulheres de 2-3:1. A etiologia ainda é desconhecida; há associações com diversas patologias, como trombose mesentérica, vasculites, doenças autoimunes, litíase biliar, cirrose, doença coronariana, cirrose, úlcera péptica, neoplasias de pulmão, cólon, estômago e células renais.

Segundo estudos, a doença progride em 3 fases: Lipodistrofia mesentérica, Paniculite mesentérica e Mesentérica retrátil. A literatura apresenta duas recomendações diagnósticas: uma delas fala da necessidade de estudo histopatológico; a outra fala da segurança diagnóstica por TC e RNM.

Paciente MCM, sexo feminino, 68 anos, da entrada no PS de um hospital em Belo Horizonte em fevereiro de 2018, com relato de dor em região superior de abdome, irradiando mais intensamente para hipocôndrio esquerdo, há 4 dias, associado a mal estar, hiporexia, prostração e febre.

Sabidamente hipertensa, controlada e com história de TVP em MMII e sistema portal. Estava em uso de losartana, hidroclorotiazida e mareavam; obesa e ex tabagista pesada, possuía um histórico de alergia a beserol e nenhuma cirurgia prévia. Ao exame físico, a paciente apresentava-se corada, hidratada, comunicando-se claramente com examinador, sem icterícia ou cianose. Sem alterações ao exame cardiológico ou respiratório e presença de dor a palpação profunda em hipocôndrio esquerdo, sem visceromegalias ou sinais de irritação peritoneal.

Edema de MMII: 1+/4+, panturrilhas livres. Solicitada revisão laboratorial, com os seguintes achados: Hb 11,6; plaquetas 40900; RNI1,8; GL12500; sem desvio a esquerda; PCR 439; lipase 905; amilase164; fosfatase alcalina 153; gamaGT 169; TGO, TGP e ionograma sem alterações. Optado então por solicitação de TC de abdome e pelve com o seguinte achado: densificação dos planos adiposo mesentéricos no HE, compatível com processo inflamatório. Ausência de líquido livre e/ou alterações em outros sistemas.

Em tese, a PM tem um curso lento e progressivo, podendo resolver-se espontaneamente. Contudo, 20% dos doentes têm evolução debilitante e morbidade significativa.

O tratamento tem sido reservado para os casos sintomáticos, como a paciente em questão que fez uso de ceftriaxona. Não existe consenso sobre a melhor abordagem e a proposta deste relato é dar abertura para discussões e novas pesquisas.

269

RESGATE CIRÚRGICO EFETIVO DE RUPTURA DE FÍSTULA TRAQUEOINOMINADA PRECOCE

LUCAS ALLAN RIBEIRO PORFIRIO, MICHEL WASHINGTON CALABRIA CARDOSO, AUGUSTO TORRES DE LIMA DA COSTA RAMOS, RICARDO DUARTE SIMÕES, PAULA FATTURI MORETZ-SOHN e RICARDO SILVA GUIMARÃES

INTRODUÇÃO: A Fístula Traqueoinominada (FTI) é uma complicação rara, mais frequentemente descrita após uma traqueostomia (TQT). A maioria dos casos ocorre nas primeiras três semanas após a TQT e sua característica principal é a hemorragia arterial maciça, seja ao redor ou através do traqueostoma, com altíssima mortalidade. Mecanismos de formação da FTI incluem erosão e necrose da traqueia e artéria inominada devido à pressão alta exercida pelo cuff da cânula de TQT, artéria inominada anormalmente alta, TQT de baixo posicionamento (4º anel traqueal ou abaixo) e movimentação excessiva da cabeça. Também foi descrita após procedimentos de ressecção e reconstrução traqueal, após traumas cervicais e colocação de endoprótese endovascular. A intervenção cirúrgica imediata é essencial para administrar essa complicação fatal.

RELATO DE CASO: Trata-se de uma paciente de 20 anos, com história de traqueostomia e traqueoplastia após entubação orotraqueal prolongada, devido à apendicectomia complicada com sepsis grave e internação em unidade fechada. Três meses após a traqueoplastia, a paciente evoluiu com estenose de traqueia, dando entrada na emergência com dispnéia importante e hipoxemia, sendo realizada nova TQT, dessa vez em anel traqueal inferior, sem intercorrências. Entretanto, dois dias após o procedimento, houve sangramento maciço súbito pela TQT com instabilidade hemodinâmica severa, sendo indicada abordagem cirúrgica em caráter emergente. Pela incapacidade de acesso por cervicotomia e gravidade da paciente, foi realizada toracotomia com esternotomia mediana, identificando lesão posterior da artéria inominada, próxima ao traqueostoma. Após clampamento proximal e distal à lesão arterial, foi realizadarafia com pontos em X de Prolene 5-0 sem vazamentos, e ligadura dupla da veia inominada com algodão 2-0 para proteção. Durante a cirurgia, houve mudança da cânula de TQT 8,0 para tubo orotraqueal 7,5, seguida de nova traqueoplastia com pontos simples de Prolene 2-0. A paciente necessitou de aminas vasoativas em altas doses e quatro concentrados de hemácias, porém foi estabilizada e encaminhada à unidade de terapia intensiva.

CONCLUSÃO: A Fístula Traqueoinominada é rara, entretanto é uma complicação fatal descrita principalmente após traqueostomias baixas e deve ser abordada cirurgicamente de emergência. A rafia de lesões da artéria inominada, quando possível, é preferencial em relação à ligadura, uma vez que a ligadura pode levar a isquemias cerebrais.

270

INCIDÊNCIA DE ENDOMETRIOSE DE APÊNDICE CECAL ENTRE 236 MULHERES COM ENDOMETRIOSE COLORRETAL

DANIELA FONSECA LISBOA KAYSER, JULIANO ALVES FIGUEIREDO, LIVIA PAULUCCI CAVALCANTE ANDRADE, LIGIA NASCIMENTO FIGUEIREDO AMARAL, ESTHER OLIVEIRA DA SILVA, HUDSON PINHEIRO CAMPOS e GABRIELA DE MARTIN SILVA

FACULDADE DA SAUDE E ECOLOGIA HUMANA - FASEH

INTRODUÇÃO: A endometriose de apêndice cecal é uma condição clínica com relativa associação à endometriose de reto ou sigmóide. Há sintomas em fossa ilíaca direita que podem estar associados ao envolvimento deste órgão. Poucos estudos avaliaram a incidência do envolvimento deste órgão na endometriose profunda infiltrativa.

OBJETIVO: determinar a incidência de endometriose em apêndice cecal em mulheres com endometriose colorretal profunda infiltrativa.

MÉTODOS: foi realizado um estudo retrospectivo em um centro de referência terciária do Brasil com 236 mulheres submetidas à cirurgia colorretal e à apendicectomia simultânea. Os dados foram obtidos através de revisão de prontuários registrados em um banco de dados durante o período de Janeiro de 2009 a Fevereiro de 2018. A exposição primária foi endometriose (endometriose colorretal profundamente infiltrada) documentada cirurgicamente e o desfecho primário foi endometriose em apêndice cecal.

RESULTADOS: A endometriose em apêndice cecal foi diagnosticada em 14/224 (6,2%) mulheres com endometriose colorretal.

CONCLUSÃO: A incidência de endometriose em apêndice cecal é maior em mulheres com endometriose colorretal. A realização de apendicectomia simultânea deve fazer parte da excisão completa da endometriose dessas pacientes.

271

RESGATE CIRÚRGICO EFETIVO DE RUPTURA DE FÍSTULA TRAQUEOINOMINADA PRECOCE

LUCAS ALLAN RIBEIRO PORFIRIO, MICHEL WASHINGTON CALABRIA CARDOSO, PAULA FATTURI MORETZ-SOHN, RICARDO DUARTE SIMÕES, AUGUSTO TORRES DE LIMA DA COSTA RAMOS e RICARDO SILVA GUIMARÃES

INTRODUÇÃO: A Fístula Traqueoinominada (FTI) é uma complicação rara, mais frequentemente descrita após uma traqueostomia (TQT). A maioria dos casos ocorre nas primeiras três semanas após a TQT e sua característica principal é a hemorragia arterial maciça, seja ao redor ou através do traqueostoma, com altíssima mortalidade. Mecanismos de formação da FTI incluem erosão e necrose da traqueia e artéria inominada devido à pressão alta exercida pelo cuff da cânula de TQT, artéria inominada anormalmente alta, TQT de baixo posicionamento (4º anel traqueal ou abaixo) e movimentação excessiva da cabeça. Também foi descrita após procedimentos de ressecção e reconstrução traqueal, após traumas cervicais e colocação de endoprótese endovascular. A intervenção cirúrgica imediata é essencial para administrar essa complicação fatal.

RELATO DE CASO: Trata-se de uma paciente de 20 anos, com história de traqueostomia e traqueoplastia após entubação orotraqueal prolongada, devido à apendicectomia complicada com sepse grave e internação em unidade fechada. Três meses após a traqueoplastia, a paciente evoluiu com estenose de traqueia, dando entrada na emergência com dispnéia importante e hipoxemia, sendo realizada nova TQT, dessa vez em anel traqueal inferior, sem intercorrências. Entretanto, dois dias após o procedimento, houve sangramento maciço súbito pela TQT com instabilidade hemodinâmica severa, sendo indicada abordagem cirúrgica em caráter emergente. Pela incapacidade de acesso por cervicotomia e gravidade da paciente, foi realizada toracotomia com esternotomia mediana, identificando lesão posterior da artéria inominada, próxima ao traqueostoma. Após clampamento proximal e distal à lesão arterial, foi realizada rafia com pontos em X de Prolene 5-0 sem vazamentos, e ligadura dupla da veia inominada com algodão 2-0 para proteção. Durante a cirurgia, houve mudança da cânula de TQT 8,0 para tubo orotraqueal 7,5, seguida de nova traqueoplastia com pontos simples de Prolene 2-0. A paciente necessitou de aminas vasoativas em altas doses e quatro concentrados de hemácias, porém foi estabilizada e encaminhada à unidade de terapia intensiva.

CONCLUSÃO: A Fístula Traqueoinominada é rara, entretanto é uma complicação fatal descrita principalmente após traqueostomias baixas e deve ser abordada cirurgicamente de emergência. A rafia de lesões da artéria inominada, quando possível, é preferencial em relação à ligadura, uma vez que a ligadura pode levar a isquemias cerebrais.

272

FEOCROMICITOMA DE PARAGANGLIOMA INTERCAVO-AÓRTICO-RESSECÇÃO LAPAROSCÓPCA

JOSE JULIO DO REGO MONTEIRO FILHO, PAULO JOSE M MACEDO

HOSPITAL MIGUEL COUTO

Paciente de 57 anos apresentando hipertensão arterial de difícil controle. Tomografia computadorizada revela massa retroduodenal intercavo-aórtica de cerca de 7 cm de diâmetro. Investigação laboratorial comprova a suspeita clínica de feocromocitoma proveniente de paraganglioma. Paciente é preparada com bloqueador alfa até hipotensão postural (20 mg de minipress). O vídeo mostra os tempos principais da ressecção cirúrgica. Ela recebe alta hospitalar 36 horas após o procedimento, sem a necessidade de medicação antihipertensiva.

274

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: UM RELATO DE CASO

MARIA ANTONIA RIBEIRO DE SOUZA SAMPAIO, RENATA MEUCCI PEREIRA NOGUEIRA, DIEGO CENTENARO THOMAZ e LUCAS DE ORNELAS DOHER NACIF CARNEIRO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INTRODUÇÃO: Isquemia Mesentérica Aguda (IMA) acontece devido a uma redução ou bloqueio do fluxo sanguíneo mesentérico o qual não consegue suprir a demanda metabólica do órgão levando a necrose. Pode acontecer devido à embolia arterial cardiogênica, trombose arterial, trombose venosa e isquemia não oclusiva. Dentre os diferentes tipos, relataremos a abordagem cirúrgica de uma extensa IMA de provável causa obstrutiva.

RELATO DE CASO: Apresentar o caso de um paciente idoso com abdômen agudo pela técnica de laparotomia exploratória. CAC, masculino, 74 anos, brasileiro, pardo, relata dor abdominal difusa com predomínio em região inguinal direita, associado a vômitos precedidos de náuseas, hematocúezia e alterado ritmo gastrointestinal recente. Nega febre, comorbidades, medicamentos de uso contínuo, cirurgias prévias e perda ponderal recente. Apresentando aumento de tamanho em fossa ilíaca direita. Em tomografia computadorizada realizada, evidenciou-se extenso edema de alças intestinais de causa obscura. A laparotomia exploratória de emergência foi realizada através de uma incisão mediana. Ao iniciar a operação, foi encontrada isquemia mesentérica em íleo. cursando com ressecção do segmento necrosado e procedida realização de ileostomia.

CONCLUSÃO: Os dados dos exames físicos e complementar foram de suma importância para o tratamento. A cirurgia mostrou-se satisfatória. Após a realização da cirurgia o paciente iniciou dieta líquida e cursou sem intercorrências. Permaneceu 5 dias internado ate que recebeu alta, sendo acompanhado pela cirurgia geral.

275

MANEJO CIRÚRGICO DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO ROTO COM HEMORRAGIA INTRAPERITONEAL - RELATO DE CASO

DANIELA FONSECA LISBOA KAYSER, LIGIA NASCIMENTO FIGUEIREDO AMARAL, MARCOS ROS ZAMBELLI DE ALMEIDA e ARIELE SOUZA MELO

FACULDADE DA SAUDE E ECOLOGIA HUMANA - FASEH

Introdução: Pseudocistos pancreáticos são coleções encapsuladas de fluidos, que podem ocorrer após pancreatite aguda, pancreatite crônica ou após trauma pancreático. A incidência é baixa, variando de 1,6 a 4,5% por 100.000 adultos por ano. Podem regredir espontaneamente ou evoluir para complicações graves como ruptura, hemorragia e infecção. A ruptura do pseudocisto na cavidade abdominal pode resultar em hemorragias maciças exigindo tratamento cirúrgico de emergência. É uma complicação rara (<5%), porém potencialmente fatal com alta taxa de mortalidade (>40%) mesmo nos pacientes submetidos ao tratamento. A abordagem do pseudocisto pancreático inclui tratamento conservador, drenagem cirúrgica, drenagem percutânea ou drenagem endoscópica. As técnicas de drenagem cirúrgica ainda são consideradas padrão ouro para pseudocistos grandes ou complicados. A opção cirúrgica padrão é a drenagem para o trato gastrointestinal, por meio de cistojunostomia, cistogastrostomia ou cistoduodenostomia. Em casos de ruptura do pseudocisto, as condições locais muitas vezes tornam a drenagem interna impossível, sendo necessário a realização de toilette peritoneal completo e uma boa drenagem externa.

Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 65 anos, apresentando dor abdominal intensa, difusa, com sinais de irritação peritoneal e quadro de choque hipovolêmico controlado. A tomografia abdominal revelou cisto volumoso em região pancreática, presença de calcificações em cápsula pancreática e líquido livre em cavidade abdominal. Realizado laparotomia de urgência que evidenciou hemoperitônio maciço decorrente da ruptura do pseudocisto. Procedeu-se com hemostasia dos vasos sangrantes, drenagem externa e retirada de material para biópsia da cápsula e do conteúdo. Recebeu 900 ml de concentrado de hemácias no peri-operatório. Alta hospitalar no 6º dia pós-operatório. Após 3 meses, o paciente foi reabordado para tratamento definitivo do pseudocisto pancreático, através da cistogastrostomia transgástrica anterior.

Conclusão: Vários fatores precisam ser considerados no gerenciamento de um pseudocisto, como sua localização, dimensão, estado geral do paciente e comorbidades. No caso descrito, optou-se por uma abordagem cirúrgica de emergência, devido à gravidade inicial do paciente com uma complicação potencialmente fatal. Diante da gravidade da ruptura de um pseudocisto, é importante o desenvolvimento de diretrizes sólidas sobre o manejo de pseudocistos pancreáticos e suas complicações.

276

TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE TROMBOSE VENOSA MESENTÉRICA AGUDA: RELATO DE CASO

MARCELO BARROS WEISS, THAIZA DE SOUZA FILGUEIRAS, BRUNO FAGUNDES MUNIZ, WAGNER WILLIAM LOPES, MAGNUM DE OLIVEIRA MATOS, FABIANO LIBÓRIO CAMPOS e RAFAEL GUSTAVO GOMIDE ALCÂNTARA

INTRODUÇÃO: com o desenvolvimento das técnicas de imagem a detecção precoce de um evento trombotico também aumentou. Dentre esses eventos, a trombose mesentérico-portal carrega consigo elevada mortalidade quando evolui com isquemia não tratada. **CASO:** paciente do sexo feminino, 22 anos, sem comorbidades, sob uso de anticoncepcional, apresentando intensa dor abdominal há 9 dias, foi submetida à laparotomia exploradora em pronto socorro que evidenciou edema e hiperemia em jejuno proximal, redução da peristálise e sem áreas invíveis. No dia seguinte foi submetida à angio-TC que evidenciou a trombose extensa, edema de alças, sem sinais definitivos de isquemia irreversível. A paciente relatou persistência da dor com piora progressiva. Em 24 horas houve declínio dos parâmetros clínicos, mas sem sinais de irritação peritoneal. Foi realizado acesso trans-hepático com kit NPAS e cateterismo da veia porta até veia mesentérica superior, seguido de trombolise medicamentosa do segmento porto-mesentérico com rTPA sob cateter multiperfurado. Posteriormente foi realizada trombectomia mecânica com dispositivo Rotarex (único disponível no serviço de urgência) e aspiração do trombo com cateter guia. Foram realizadas duas vezes cada procedimento com resolução parcial, porém satisfatória da trombose. O acesso trans-hepático foi embolizado com cola tipo Histoacryl e lipiodol. A paciente permaneceu anticoagulada sob cuidados intensivos e apresentou melhora significativa da dor no primeiro dia pós-procedimento. No segundo dia evacuou melena que logo cessou. A alta foi dada 10 dias após o procedimento com paciente assintomática. **DISCUSSÃO:** a trombose venosa mesentérica corresponde a 6 a 9% das isquemias mesentéricas e a mortalidade permanece entre 19 e 23%. Em pacientes estáveis sem sinais peritoneais o tratamento clínico com anticoagulação é a primeira linha. Quando há evolução com piora do quadro, como foi o caso da paciente em questão, a trombolise e trombectomia por acesso trans-hepático pode reestabelecer a patência com melhora do fluxo venoso. **CONCLUSÃO:** o diagnóstico mais precoce da trombose venosa mesentérica tem viabilizado a abordagem minimamente invasiva de forma que o tratamento endovascular por acesso trans-hepático é uma alternativa válida, especialmente em tromboses extensas com risco maior de isquemia, como foi o caso da paciente acima relatado.

278

CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE EVOLUINDO COM METÁSTASE CEREBRAL

CLAUBIANO CIPRIANO MOURA, ADRIANA MELO BARBOSA COSTA, MARCOS ALENCAR TAVARES e MOANA CAVALCANTE

HOSPITAL UNIVERSITARIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

Introdução

Carcinoma papilífero corresponde a 65-80% de todos carcinomas tireoideanos. São bem diferenciados, derivados de células epiteliais foliculares da tireoide. Tem evolução lenta com baixo grau de malignidade, apresentando bom prognóstico. Todavia, podem ocorrer formas agressivas com metástases a distância, disseminada pelos linfáticos.

Relato de caso

Paciente F.R.T., 34 anos, queixava-se de abaulamento no pescoço há 6 anos. Ao exame físico apresentava tireoide aumentada em +- 20x, adenomegalia múltipla em níveis cervicais V bilateralmente. RNM(17/01/2018): Tireoide com numerosas formações expansivas coalescentes. Volumosas linfonodomegalias nas cadeias cervicais anteriores e posteriores bilateralmente. Formação expansiva no lobo cerebral occipital direito, medindo 2,1 x 1,6 cm. Em março/2018 foi realizada biópsia de congelação da massa cervical que evidenciou metástase de neoplasia folicular. Procedeu-se à tireoidectomia total, esvaziamento cervical seletivo bilateral (níveis II,III, IV e V) e esvaziamento do compartimento central. Histopatológico (13/03/2018): Carcinoma papilífero de tireoide clássico, grau histológico G3, parcialmente capsulado, invasão tumoral de cápsula mínima, extensão extratireoideana extensa, 30% de células altas, mínimos infiltrados inflamatórios e necrose. Presença de metástase de carcinoma papilífero no esvaziamento cervical bilateral e recorrential (pT3,N1b,Mx). PCI I131(13/06/2018): captação na região cervical esquerda e no lobo occipital direito. Estadio clínico II (T4b,N1b,M1).

Atualmente em uso de 100 mcg de levotiroxina oral e 0,25 mcg de colecalciferol oral. Deglutição e fonação inalteradas. Boa reabilitação da parestia de trapézios com fisioterapia motora. Encontra-se em programação de ressecção cirúrgica da lesão cerebral para posterior ablação com I 131.

Conclusão

A metástase cerebral do carcinoma papilífero de tireoide é um evento raro, ocorrendo em 0,1 a 5% dos casos. A melhor opção terapêutica parece ser ressecção, com ou sem irradiação pós-operatória com I131. Este caso representa uma evolução atípica do carcinoma papilífero, o que destaca a importância de não excluir a tireoide como fonte de metástases cerebrais

279

PANCREATECTOMIA CORPO-CAUDAL COM PRESERVAÇÃO ESPLÊNICA NO TRATAMENTO DE NEOPLASIA CÍSTICA MUCINOSA.

LÍGIA NASCIMENTO FIGUEIREDO AMARAL, DANIELA FONSECA LISBOA KAYSER, DANIEL PAULINO SANTANA, GABRIELA DE MARTIN SILVA, PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA SILVA e FELIPE A. THEREZA DOS SANTOS

FACULDADE DE SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA

Introdução: as neoplasias císticas pancreáticas são incomuns, correspondendo a cerca de 5% das neoplasias pancreáticas e de 9 a 13% de todas as lesões císticas do pâncreas. Estas lesões têm sido identificadas e tratadas mais frequentemente devido aos avanços no diagnóstico e na técnica cirúrgica. O quadro clínico é de sintomas vagos de pressão ou dor no epigástrico. Os tumores são basicamente do tipo seroso ou mucinoso. A neoplasia cística mucinosa (NCM) predomina em mulheres de meia idade, e exibe um maior potencial de malignidade, estando relacionada ao cistadenocarcinoma mucinoso. Devido ao risco de progressão para neoplasia invasiva e à localização mais comum no corpo e cauda pancreáticos (75% dos casos), a ressecção através da pancreatectomia distal é recomendada quando o risco cirúrgico é baixo, uma vez que pacientes jovens demandam seguimento longo com exames de imagem de alto custo. Em pacientes com NCM <4 cm sem nódulos murais, as pancreatectomias parciais com preservação do baço devem ser consideradas. A linfadenectomia está indicada quando os achados intraoperatórios sugerirem malignidade ou a congelação per-operatória revelar displasia de alto grau ou doença invasiva.

Relato de caso: sexo feminino, 39 anos, sem comorbidades. Apresentou dor intensa em hipocôndrio direito com irradiação para o dorso há 8 meses. Associado a vômitos frequentes nas crises de dor. Ausência colestase ou outros sintomas. Ultrassom com imagem sugestiva de litíase biliar e achado de incidentaloma - imagem cística (3,9x 3x 3,2cm) na cauda do pâncreas. A colangiopancreatossintetografia revelou litíase biliar e cisto de 3,9x3,0 cm em face posterior da transição de corpo/cauda pancreáticos sem comunicação com o ducto pancreático. Marcadores tumorais séricos: CA-125 11,4; CA 19-9 16; CEA 1,6. A paciente foi submetida a laparotomia mediana com identificação de tumor cístico em face posterior do corpo/cauda do pâncreas. Realizada colecistectomia e pancreatectomia corpo/caudal com preservação do baço e linfadenectomia ao longo dos vasos esplênicos. Sem intercorrências transoperatórias.

Conclusão: concordando com a literatura médica, o potencial risco de malignidade e localização da NCM no pâncreas em mulher de meia idade definiram pela realização da pancreatectomia corpo-caudal com preservação esplênica e linfadenectomia retroperitoneal, favorecendo um melhor prognóstico à paciente.

280

URETROPLASTIA ROBÓTICA PÓS-PROSTATECTOMIA

CARLOS EDUARDO BELARMINO FILHO, ANDRÉ GUILHERME LAGRECA DA COSTA CAVALCANTI, GABRIELLY SARAIVA PORTO GARCIA, MAURÍCIO RUBINSTEIN e ROSANA SIQUEIRA BROWN

UNIRIO

A prostatectomia é um dos procedimentos mais básicos e comuns na Urologia, geralmente usados para tratamento de neoplasias prostáticas, mas imoportunos pós-operatórios podem ser esperados. Com o avanço da técnica, foram surgindo cirurgias menos invasivas, como a laparoscopia e robótica, com melhores resultados. Essas melhoras são capazes de facilitar os tratamentos cirúrgicos como também corrigir as dificuldades vindouras. Relatamos o caso de uma prostatectomia retropública com complicações pós-operatórias, e correções resolvidas por via robótica.

OTS, masculino, 68 anos, realizou prostatectomia retropública aberta em 2015, evoluindo no pós-operatório com retenção urinária e necessidade de 2 uretrotomias internas. Foi realizada cistostomia suprapúbica a 1 ano, e uretroplastia por via perineal a 6 meses, com falha precoce, sendo então abordado via robótica. Cistoscopia de controle 3 meses após a operação sem sinais de reestenose.

Mesmo com os conhecimentos impecáveis sobre anatomia e estruturas da região onde vai ocorrer o procedimento, bem como a familiarização com a técnica empregada, sequelas e deslizes podem surgir durante a abordagem da região uretral, afetando diretamente a qualidade de vida do paciente. Com o advento da robótica e a realização de cirurgias com um grau elevado de sofisticação e amplitude de movimento, manuseio seguro da região foi alcançado, junto a bons resultados, com excelência em recuperação pós-operatória, reduzindo complicações e riscos cirúrgicos que seriam enfrentados em uma via cirúrgica aberta.

281

RELATO DE CASO : TRAQUEOMALÁCIA SECUNDÁRIA A BÓCIO

KATHLEEN SERRÃO PENA, GLEICIELI MONTEIRO PEREIRA, LARYSSA NAYANA SOUZA SILVA DE OLIVEIRA, MARIA EDUARDA MORGADO DA SILVA, LORENA COSTA LOPES e FLÁVIO ANTONIO DE SÁ RIBEIRO

Introdução

A traqueomalácia caracteriza-se pelo aumento da complacência da traquéia intra ou extratorácica, resultando em colapso dinâmico durante o ciclo respiratório. É uma doença sub-diagnosticada, mas não rara. Pode ser classificada como congênita ou adquirida. A congênita é causada pelo desenvolvimento anormal da cartilagem traqueal e do músculo liso. Já a adquirida ocorre em traqueias que sofreram danos por compressão, como o bócio.

Os sintomas podem ser estridor, baixos volumes pulmonares, dispneia, tosse e sibilo. As queixas respiratórias crônicas são inespecíficas, sendo impossível fazer um diagnóstico baseado apenas nos sintomas clínicos. A broncoscopia é considerada padrão ouro para diagnóstico.

Como tratamento, opta-se inicialmente pelos mais conservadores, como fisioterapia e controle de infecções. Caso não seja notório melhora dos sintomas, é providenciado então tratamento endoscópico ou cirúrgico.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 63 anos, hipertensa, foi atendida em uma clínica da família, onde detectou-se um nódulo no lado direito do pescoço, na altura da tireoide. Após encaminhamento para o Hospital Universitário Pedro Ernesto, foi constatado nódulo benigno na tireoide, com adequada funcionalidade da glândula. O nódulo apresentou crescimento rápido, mas sem apresentação de sintomas significativos.

Foi realizada tireoidectomia total, com ressecção de um bócio multinodular atóxico, BETHESDA II. Durante o procedimento, foi observada importante traqueomalácia adquirida pela compressão do bócio sobre os anéis cartilagosos traqueais. Optou-se, então, por uma traqueostomia com intubação orotraqueal.

No pós-operatório, paciente permaneceu estável, eupneica em ar ambiente e lúcida. A paciente foi mantida traqueostomizada e por broncoscopia visualizou-se as cordas vocais móveis e sem colapso de arcos traqueais, apresentando somente pequeno granuloma acima do óstio da traqueostomia. Apresentou hipocalcemia tardiamente, que foi tratada com reposição de cálcio. Após normalização, a paciente recebeu alta e continua sendo acompanhada semanalmente, apresentando boa recuperação.

Conclusão

A traqueomalácia é uma doença subdiagnosticada, tanto pela ausência de sintomas clínicos específicos, quanto pela dificuldade de ser reconhecida em exames de imagem. Sendo assim, são necessários estudos específicos, objetivando melhores condições para diagnóstico precoce e consequente redução de sintomatologias e desconforto dos pacientes.

283

CONFIABILIDADE DO EFAST NO DIAGNÓSTICO DO TRAUMA TÓRACO-ABDOMINAL

LUCAS DANILLO MOREIRA DE JESUS, CARLOS EDMUNDO RODRIGUES FONTES, CLÁUDIO RICARDO CAPELA BOGDAN e CAROLINE LEITE MOLINA

UEM - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

INTRODUÇÃO: Os traumas tóraco-abdominais podem evoluir com síndrome hemorrágica ou perfuração, devendo para um melhor prognóstico, serem rapidamente diagnosticadas. A utilização da ultrassonografia a beira do leito em pacientes traumatizados vem se tornando cada dia mais utilizada nos setores de emergência. **OBJETIVO:** Analisar o impacto da positividade do (EFAST - Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma) e lesão intra-abdominal na avaliação dos pacientes com trauma tóraco-abdominal fechado atendidos no setor de emergência de um Hospital de Ensino do Sul do Brasil. **METODOLOGIA:** No período de julho de 2017 a março de 2018 foram analisados 28 prontuários de pacientes com trauma tóraco-abdominal fechado submetidos ao EFAST. Para a análise de concordância foi utilizado o coeficiente de Kappa por meio do programa R. **RESULTADOS:** O coeficiente de KAPPA revelou uma forte concordância entre positividade do EFAST e lesões encontradas na laparotomia de 0.88 (IC 95%: 0.78 - 0.99) apresentando significância estatística ($p < 0.05$) para a realização do EFAST. **CONCLUSÃO:** Foi observado impacto significativo na realização do EFAST na avaliação dos pacientes com trauma tóraco-abdominal fechado, pela positividade do exame e achados presentes na laparotomia. A utilização da USG (point of care) dentro do cenário de emergências traumáticas, fornece dados preciosos e devemos interpretá-los conjuntamente com os sinais clínicos do paciente para direcionar a conduta terapêutica, demonstrando ser um recurso que deve estar disponível na sala de emergência.

285

CRESCIMENTO DO POLO INFERIOR DO BAÇO DE RATOS APÓS ESPLENECTOMIA SUBTOTAL E OXIGENAÇÃO HIPERBÁRICA.

ALBERTO FIGUEIREDO DE ANDRADE, MARCELA SOUZA LIMA PAULO, GISELI CELESTINO NUNES, RAQUEL DE AZEVEDO BENEVIDES, MARESSA MALINI, ANDREA SAADE DAHER BORJAILI, DANILO NAGIB SALOMÃO PAULO e TARCIZO AFONSO NUNES

Introdução: A esplenectomia subtotal com preservação do polo inferior (ESTPI) é uma das alternativas cirúrgicas conservadoras de tecido esplênico, que objetivam manter total ou parcialmente a função do órgão no organismo. Diversos estudos experimentais têm observado resultados satisfatórios dessa operação, mostrando que o polo inferior do baço de ratos cresce no período de 45 e 80 dias. Em virtude disso, verificou-se a possibilidade de empregar a oxigenação hiperbárica (OHB) como terapia adjuvante eficaz no processo de regeneração e crescimento do polo remanescente. **Objetivo:** Verificar se o polo inferior do baço de ratos cresce após esplenectomia subtotal e exposição à OHB. **Método:** Quarenta ratos machos, Wistar, jovens, foram submetidos à ESTPI e distribuídos em: Grupo A (n=20), não tratados com OHB; Grupo B (n=20), tratados com OHB. Esses grupos foram divididos em dois subgrupos de 10 animais cada, de acordo com a época de eutanásia: 15º e 45º dias. Durante o procedimento cirúrgico, foi realizada a mobilização do baço até a superfície da cavidade abdominal; ligadura e secção dos vasos que irrigavam a porção superior e média do baço, rente à superfície esplênica; secção do baço abaixo dos vasos laqueados, mantendo-se o polo inferior irrigado por vasos no ligamento gastroesplênico e extirpou-se a porção superior do baço; a área cruenta do polo inferior do baço não foi suturada; o polo inferior do baço foi medido na sua parte central, quanto ao comprimento, largura e espessura, empregando-se paquímetro de plástico. Após a ESTPI, os animais do grupo B foram submetidos à OHB em câmara apropriada. O comprimento, a largura e a espessura do polo inferior do baço dos animais do pré-operatório foram comparados com os do pós-operatório (15º e 45º dias) nos grupos A e B por intermédio do teste de Wilcoxon para amostras pareadas. **Resultados:** Em todos os subgrupos de animais houve aumento das medidas de comprimento, largura e espessura do polo inferior do baço, no 15º e 45º dias do pós-operatório dos ratos, submetidos ou não à OHB. No entanto, a diferença de crescimento entre os grupos não foi significativa ($p > 0,05$). **Conclusão:** Houve crescimento do polo inferior do baço, mas a influência da OHB não gerou diferença significativa. É provável que o tempo máximo de 45 dias empregado nesse experimento possa ter sido um fator limitante, visto que estudo experimental anterior mostrou que o polo inferior do baço continua o crescimento significante por período de mais 80 dias.

286

DISTÚRBIOS FIBROPROLIFERATIVOS: RELATO DE CASO E DISCUSSÃO DE CONDUTA EM QUELOIDE

RENATA DAMIN, MARCELUS VINICIUS DE ARAUJO SANTOS NIGRO, SARA MERLIN MASCHIETTO e MARILIA DE SOUZA PENIDO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

Introdução: Os distúrbios fibroproliferativos expressam-se pelas cicatrizes hipertróficas e pelos quelóides, sendo estes últimos mais agressivos e derivados de um processo anormal da cicatrização. São multifatoriais relacionando-se com agentes físicos, químicos, biológicos e endógenos. Apresentam predisposição genética, com incidência maior em orientais e negros. As modalidades terapêuticas compreendem, na maioria das vezes: compressão do quelóide, criocirurgia, aplicação de placas de silicone, exérese operatória isolada ou seguida de radioterapia, aplicação de laser e injeção intralesional de corticosteróides. Diante disso, tem-se por objetivo relatar um caso de distúrbio fibroproliferativo do tipo quelóide de grandes dimensões com alta resposta terapêutica e discutir suas etiologias e diversas modalidades de tratamento. **Relato do caso:** paciente do sexo masculino, 14 anos, negro, encaminhado ao serviço por apresentar massa de 2 cm em lóbulo esquerdo associado a extremo prurido, recebendo neste primeiro momento aplicações intralesionais de triancinolona com resolução parcial do caso. A partir de então apresentou evolução insidiosa, tendo atingido volume expressivo após cerca de 6 meses devido a trauma, com extensão para pavilhão auditivo. No momento da intervenção cirúrgica a lesão apresentava 12 X 8 X 3 cm de dimensão, sendo realizada remoção cirúrgica ampla acompanhada de 10 sessões de radioterapia. Os parâmetros utilizados para analisar a resposta terapêutica foram opinião do paciente em relação ao prurido, redução da hipertrofia do tecido à inspeção e amolecimento da cicatriz à palpação. Sinais de boa resposta terapêutica ocorreram após 7 dias de pós-operatório com aceitável resultado estético no sexto mês. Dessa forma, conclui-se que o resultado do tratamento foi satisfatório, com significativa redução dimensional e restituição anatômica da cicatriz, obtendo satisfação do paciente e levando a uma melhor reinserção social deste.

287

PROTOCOLO DE CIRURGIA BARIÁTRICA DE UMA CLÍNICA PRIVADA

VANDERSON DE OLIVEIRA LEMOS,

Objetivos: Apresentar o Protocolo de Cirurgia da Bariátrica (PCB) de um Centro Especializado em Doenças Digestivas do Grande Rio e avaliar seus resultados iniciais.

Métodos: Avaliamos retrospectivamente os pacientes indicados, operados e acompanhados de acordo com o PCB do CEDIFI estabelecido em NOV/2016.

Resultados: Após 23 meses do PCB 33 pacientes foram operados, 24% foram submetidos a Gastrectomia Vertical, 72% ao By Pass e 1 paciente a Cirurgia Revisional, com média de IMC: 40,48(35,9 – 50,67), 73% eram mulheres. 48%

dos pacientes tiveram perda do excesso de peso >50%. A Esteatose Hepática com 63% foi a comorbidade mais presente

Tivemos 1 fistula e 1 estenose em ByPass. Não tivemos complicação no SLEEVE. Não houve nenhum óbito.

As cirurgias foram realizadas em 5 hospitais diferentes e os pacientes estavam divididos em 5 planos de saúde.

Conclusão: Em nossa experiência inicial, apesar das complicações a cirurgia bariátrica é segura e efetiva quando indicada e acompanhada por uma equipe multidisciplinar com um protocolo pré estabelecido porém tivemos dificuldade de manter uma uniformidade principalmente na internação hospitalar devido a variedades de planos de saúde e hospitais.

288

HERNIORRAFIA PRÉ-PERITONEAL AMARCIX

JOSÉ JORGE SANCHES, GABRIEL MAZZOCCO DA SANT'ANNA, PABLO JORDAO, LEANDRO DE OLIVEIRA CAAMARA e ANDREE VINICIUS MAGALHÃES DA SÁ

Introdução: Foi realizado Hernioplastia sob a técnica Amarcix após preparo com a técnica Goni Moreno de um paciente portador de Hérnia Inguinal direita de 30 cm de conteúdo intestinal; **Relato do caso:** Paciente ES, 45 anos, solteiro, pedreiro há 30 anos, nível fundamental incompleto, procurou o serviço de cirurgia geral com queixa de dor na região inguinal aos esforços laborais. Ao exame, constatou-se hérnia inguino-escrotal direita de 30 cm de extensão, redutível e sem sinais de encarceramento, além de uma hérnia umbilical. Optou-se pela internação do paciente para preparo cirúrgico sob a técnica Goni Moreno, em que foi injetado 71 de ar ambiente através de cateter de profunda passado sob técnica de Seldinger em Hipocondrio Esquerdo. Durante a cirurgia, realizou-se a técnica Amarcix (Incisão transversa suprapúbica a 2 dedos acima do Púbis; Incisão na bainha ant. do reto arqueada não ultrapassando os bordos laterais dos retos; Dissecção digital entre a bainha ant. do reto e sua superfície carnosa; Acesso ao espaço pré-peritoneal por dissecção roma e incisão nof. transversalis paralela ao bordo lateral do reto abdominal (McEvedy); Esqueletização dos vasos epigástricos inferiores, Exposição do espaço de Retzius (Cooper e Obturador); Exposição do espaço de Bogros; Isolamento do saco herniário e dos elementos do cordão; Pontos defixação da tela: Neo orifício inguinal profundo; Cooper; Bainha anterior do reto abdominal; formato quadrangular (12 a 15 cm) é fendida medial e lateralmente; Medialmente, 3,5 cm, para se adaptar ao músculo reto do abdome. Sua porção superior, deita-se sobre o reto abdominal e a inferior aloja-se em íntimo contato entre o púbis e a bexiga. Lateralmente, 7,5 cm para confeccionar um neo orifício inguinal profundo, que engloba além do cordão espermático, os vasos epigástricos inf.; Algumas considerações: De agosto/1998 a maio/2013, de 499 pacientes, 3 foram reoperados por recidiva da técnica (2 tinham hérnia bilateral), o seguimento pós-operatório variou de 14 anos e 10 meses a 1 mês, houve 1 rejeição de tela e complicações menores (seroma) ocorreram em 42 casos (6,2 %); **Conclusão:** A técnica pré-peritoneal Amarcix tem um baixo índice de recidiva com uma taxa aceitável de complicações, sendo segura e eficaz para tratamento de todos os tipos de hérnias da virilha, especialmente as bilaterais e as complicadas (encarcerada, recorrente e gigante).

289

SUBOCCLUSÃO INTESTINAL POR LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO: UM RELATO DE CASO.

PABLO SUHURT SALGADO, ERICK COELHO VALADARES, JESSICA PERES REZENDE GARCIA, KARLA PINHEIRO FARIA DE AZEREDO BARCELOS, BRENO BRETAS RODRIGUES, LUCAS CARNEIRO DE FREITAS, THIAGO FRANCISCO SOUZA KLOH e GUILHERME GUEDON DE OLIVEIRA

FACULDADE DE MEDICINA DE PETROPOLIS

Introdução: O linfoma de células do manto (LCM) é um tipo de Linfoma de células B que compreende aproximadamente 4-9% de todos os linfomas. O LCM predomina em homens, com idade média de 60 anos e caracteriza-se por uma sobrevida média de 5 a 7 anos. O envolvimento gastrointestinal primário do LCM é raro, sendo a polipose linfomatosa múltipla uma das principais apresentações com frequência de 84% em estudos prospectivos ao nível microscópico. O diagnóstico é feito por biópsia, geralmente realizada através de exame endoscópico que além de tumor ou massa polipóide, pode evidenciar inflamação, ulceração ou espessamento mucoso. Intussuscepção em adultos é raro e a neoplasia é a primeira hipótese etiológica nesses casos, entretanto menos de 1% desses estão relacionados com o linfoma maligno. **Relato de caso:** Mulher 44 anos, com evolução de 2 meses de dor epigástrica em pontadas, irradiando para hipocôndrio direito, associada a náuseas pós-prandiais, constipação, melena, inapetência e perda ponderal estimada em 5kg. Permaneceu em uso de sintomáticos, até que apresentou piora da dor, distensão abdominal e parada de eliminação de fezes por 1 semana, dando entrada na urgência do Hospital Alcides Carneiro (HAC). Ao exame físico apresentava abdome distendido, peristáltico, hipertimpânico em hemiabdomen esquerdo, sem massas ou linfonodos palpáveis. Marcadores tumorais encontravam-se dentro da normalidade. Realizada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve, com imagem sugestiva de invaginação de ceco em cólon ascendente e espessamento parietal a nível de reto médio/alto. Indicou-se colonoscopia com intuito de redução endoscópica da intussuscepção, evidenciando lesão de aproximadamente 12 cm da borda anal com 3 cm de diâmetro e aspecto ulcerado; lesão em cólon descendente de 1,5 cm de aspecto adenomatoso; válvula ileocecal de aspecto blastomatoso, impossibilitando a penetração do aparelho. Realizada biópsia das lesões, com laudo de linfoma de células do manto. TC de estadiamento sem alterações. **Conclusão:** O trabalho relata abordagem conservadora para um quadro, potencialmente cirúrgico, de subocclusão intestinal através de colonoscopia cujo laudo de biópsia confirmou LCM. É um caso atípico devido ao acometimento colônico pela LCM de forma multicêntrica e como etiologia da intussuscepção. Concluímos que, por ser uma doença de baixa prevalência, são necessários novos estudos para otimização do tempo diagnóstico e tratamento.

290

PNEUMATOSE GÁSTRICA POR MALIGNIDADE

RÔMULO COSTA DOS SANTOS BANDEIRA, RICARDO SILVA GUIMARÃES, MICHEL WASHINGTON CALABRIA CARDOSO, ALEXANDRE HERDEIRO DA SILVA, LUCAS ALLAN RIBEIRO PORFIRIO, GEISON ORÇAY ECCARD, SOPHIE BARRETO HORNEMANN e DANIELA CEZÁRIO MENEZES

Introdução:

A Pneumatose Gástrica (PG) é uma entidade clínica rara caracterizada por ar na parede gástrica. Suas causas exatas não são claras, podendo estar associada à invasão por microrganismos produtores de gás, coexistência com outras doenças do TGI e, raramente, doenças malignas. Relatamos a seguir o caso de um adenocarcinoma gástrico associado a PG.

Relato de caso:

S.T., 79 anos, masculino, da entrada no departamento de emergência, com vômitos de coloração escura há 10 dias com piora noturna e emagrecimento não quantificado há meses. Como antecedentes possuía esquizofrenia e era tabagista há mais de 20 anos. Fazia uso de: risperidona, carbamazepina, alprazolam, biperideno, diazepam, bromoprida, ranitidina. Exames laboratoriais evidenciaram hemograma dentro da normalidade e função renal prejudicada, inviabilizando realização de TC com contraste. Foi submetido a EDA, a qual demonstrou lesão gástrica ulceroinfiltrativa Borrmann III com acometimento bulboduodenal, cujo material foi colhido para biópsia, demonstrando adenocarcinoma gástrico. TC de abdômen evidenciou volumosa distensão gástrica com ponto de STOP aparente próximo a válvula pilórica e PG. Paciente evoluiu durante a internação com choque séptico refratário, sendo transferido para UTI e deliberado pela comissão de oncologia para suporte paliativo. Conclusão:

A PG foi raramente documentada. Pode ser classificada como idiopática (15%) ou secundária (85%, sendo 55% devido a úlcera péptica relacionada a obstrução pilórica e apenas 3,3% devido a neoplasia maligna TGI). No caso relatado foi detectado a PG secundária a malignidade. A PG é geralmente assintomática, porém pode apresentar sintomas no TGI que variam de acordo com a gravidade, localização e presença de uma doença de base. No caso apresentado o diagnóstico foi dado através de uma TC abdominal. Na literatura foi documentado outros métodos diagnósticos, como raio X de abdômen, USG, RNM, endoscopia com contraste de bário. Não há um tratamento específico para esta doença, porém se presente a doença de base deve ser tratada. A terapia conservadora pode envolver antibióticos, oxigenioterapia ou punção endoscópica. O objetivo destas terapias é suprimir a causa etiológica. Tratamento cirúrgico deve ser evitado a não ser que a doença de base tenha indicação. Em resumo, a PG é uma patologia rara e neste contexto a neoplasia maligna se faz presente como uma das causas etiológicas em pacientes sintomáticos e marcadores tumorais elevados.

292

PSEUDOCISTO PANCREÁTICO PÓS-TRAUMÁTICO: RELATO DE CASO. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

CLAUBIANO CIPRIANO MOURA, MARCOS ALENCAR TAVARES, MATHEUS LEITE ROLIM MOREIRA, YOLANDA LOPES DE ANDRADE BARROS e LUANA THAYSE BARROS DE LIMA

HOSPITAL UNIVERSITARIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES

Introdução: Pseudocistos pancreáticos na maioria dos casos são resultados de complicações pós-pancreatite aguda ou crônica, sendo em sua maioria de etiologia alcoólica. Representam cerca de 20% de lesões císticas do pâncreas, e aproximadamente 41% dos pacientes com pseudocistos pancreáticos podem evoluir com complicações como ruptura, abscesso, icterícia, obstrução intestinal e hemorragia. O diagnóstico imagiológico do pseudocisto pancreático pode ser realizado através da ultrassonografia (USG) abdominal, USG endoscópica e Tomografia Computadorizada (TC), tendo sido demonstrada superioridade da Ressonância Magnética (RM) no diagnóstico dessa patologia. O manejo cirúrgico no tratamento dos pseudocistos inclui procedimentos menos invasivos, como drenagem percutânea guiada por métodos de imagem ou endoscópica, até alternativas mais invasivas, como abordagem laparotômica.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 17 anos, vítima de trauma abdominal contuso, evoluindo com dor abdominal, vômitos biliosos, perda ponderal de 20kg nos dois meses que seguiram após o trauma. Ao exame físico apresentava abdome globoso com extensa massa ocupando flanco esquerdo e epigastro, com desvio da cicatriz umbilical contralateral à massa. Foi realizada uma Colangiorressonância sem a injeção de contraste, onde foi identificada uma volumosa formação cística, de conteúdo homogêneo, na topografia do corpo/cauda do pâncreas, medindo 17,8 x 17,6 x 11,2 cm (Volume: 1835 cm³), determinando compressão gástrica e da aorta. O ducto pancreático principal foi parcialmente caracterizado. A abordagem terapêutica imediata foi a drenagem do cisto via laparotômica com incisão mediana subumbilical para aposição de dreno, retirando o paciente do quadro obstrutivo e melhorando o status nutricional para programação de terapêutica definitiva, que após 20 dias, foi reinternado e submetido a derivação cisto-gástrica por videolaparoscopia. A peça cirúrgica foi enviada para estudo anatomo-patológico que confirmou a hipótese diagnóstica de Pseudocisto pancreático. O paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar após 3 dias.

Conclusão: Destacamos a importância de incluir a suspeita clínica e radiológica dessa complicação nos pacientes que sofreram traumas abdominais. A suspeita clínica, acompanhada do método imagiológico correto de rastreio, determinará a escolha terapêutica adequada e diminuindo assim a morbi-mortalidade nesses pacientes

291

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DE MESENTÉRIO SINTOMÁTICO: RELATO DE CASO

RENATA DAMIN, JURANDIR MARCONDES RIBAS FILHO, RAFAEL RODRIGUES SPINOLA BARBOSA, GUILHERME FERRARINI FURLAN, MARILIA DE SOUZA PENIDO e GIOVANA LANDAL DE ALMEIDA LOBO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

INTRODUÇÃO: Cistos mesentéricos são tumorações císticas intra-abdominais benignas do mesentério. As localizações mais comuns destes cistos são: o intestino delgado e o intestino grosso, sendo o cólon ascendente o mais comumente afetado. A sintomatologia dos cistos mesentéricos é extremamente inespecífica. Esta patologia é classificada de formas diferentes. Pode ser dividida em seis tipos, cada um com seus subtipos: cistos de origem linfática, cistos de origem mesotelial, cistos de origem entérica, cistos de origem urotelial, teratomas císticos maduros e pseudocistos não-pancreáticos. O diagnóstico pode ser realizado por meio de uma ultrassonografia abdominal ou uma tomografia computadorizada. O tratamento destas lesões deve ser a excisão cirúrgica, que pode ser realizado por laparotomia ou laparoscopia. A ressecção laparoscópica é mais indicada, por diminuir a dor do paciente, reduzir o tempo de internamento pós-operatório e agilizar a recuperação. O prognóstico desses pacientes é muito bom, pois, à exceção dos cistos mesoteliais malignos, todos os cistos mesentéricos são benignos e sua exérese, geralmente, é curativa. **DESCRIÇÃO CASO:** Paciente feminina, 24 anos, apresentou queixa de dor e cólicas em parede abdominal à direita, em episódios diários, há aproximadamente 2 meses antes do atendimento. Foi realizado tratamento cirúrgico, por meio de laparotomia exploratória, com ressecção de cisto mesentérico e apendicectomia de oportunidade. No inventário da cavidade, encontrou-se cisto em mesocólon com cerca de 15x15cm, a nível de porção média de cólon ascendente, não aderido a planos profundos, com conteúdo claro em seu interior, além do apêndice cecal – macroscopicamente íntegro. Paciente recebeu alta no terceiro dia pós-operatório, com analgesia e orientações para retorno ambulatorial. A análise anatomo-patológica evidenciou segmento de tecido conjuntivo com infiltrado inflamatório crônico linfoplasmocitário, condizente com parede de cisto simples. O apêndice cecal apresentou hiperplasia folicular linfóide. **CONCLUSÃO:** Cistos mesentéricos são patologias raras, porém devem ser consideradas nos diagnósticos diferenciais em casos de massas abdominais. O diagnóstico deve valer-se de algum tipo de exame de imagem. São casos de bom prognóstico, e o tratamento deve ser cirúrgico, principalmente com a excisão laparoscópica.

293

INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO: A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

LAURA ZAGO MUNHOZ, FELÍCIA ROBERTA SÁ BRITTO ANTUNES, FERNANDA COUTINHO KUBASKI, JANINE MARGUTTI LANZANOVA, JESSICA RODRIGUES DE ABREU, RAFAEL ALBUQUERQUE DE CARVALHO, TAICIR KHALED ABDALLAH ABDEL HAMID MAHMUD e LARISSA HALLAL RIBAS

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

INTRODUÇÃO: A complicação mais comum da apendicectomia é a infecção de ferida operatória. Os agentes etiológicos mais frequentes são os presentes na própria epiderme – sobretudo o *Staphylococcus aureus* – mas também é comum *Staphylococcus epidermidis*, na faixa etária pediátrica é importante atentar também para as enterobactérias. Este estudo visa demonstrar a importância do diagnóstico precoce da infecção de sítio cirúrgico. **DESCRIÇÃO DO CASO:** V.S.P., 8 anos, masculino, é encaminhado ao Serviço de Urgência de Pelotas-RS, apresentando piora clínica da distensão abdominal. O quadro clínico teve evolução de 17 dias até a data de entrada, durante esse período o paciente recebeu tratamento com Amoxicilina + Clavulanato por suspeita de Amigdalite e Infecção do Trato Urinário. Após realizados laboratoriais, foi evidenciada leucocitose com desvio à esquerda e aumento de Proteína C Reativa. Para confirmar a hipótese diagnóstica de abdome agudo, foi realizado Ultrassonografia Abdominal, a qual demonstrou distensão de alças. Para estudo complementar, foi solicitada Tomografia Computadorizada, a qual apresentou grande quantidade de líquido intra-abdominal. Somado ao quadro clínico, o paciente foi submetido a Laparotomia Exploradora. No inventário da cavidade, foram evidenciadas múltiplas aderências de todas as estruturas abdominais, grande quantidade de pus na cavidade, aproximadamente 2,5 litros, com múltiplos abscessos em pelve e fecalitos livres na cavidade. Após a cirurgia, foi encaminhado a UTI Pediátrica, ficando 12 dias internado, em virtude dos picos febris e presença de secreção serosanguinolenta em ferida operatória. Devido, ao quadro foi iniciada antibioticoterapia com Piperacilina + Tazobactam, após 72 horas o paciente permanecia com hipotermia, então alternado esquema para Meropenem+ Vancomicina. Novamente, 4 dias após a troca do antibiótico continuava apresentando picos febris, então foi coletada cultura do abscesso, que detectou cândida. Após o início da anfotericina B, o paciente apresentou boa evolução clínica e normalização da curva térmica. **CONCLUSÃO:** As infecções de sítio cirúrgico são responsáveis por prolongarem o tempo de internação, o que por consequência, torna os pacientes imunossuprimidos, e facilita que os microrganismos oportunistas se proliferem. Por isso, a incidência de fungos em infecção de ferida operatória vem crescendo. O objetivo desse relato de caso, é evidenciar a importância dos fungos como agente causador desse tipo de infecção.

294

HÉRNIA DE AMYAND ENCARCERADA: CASO CLÍNICO E DISCUSSÃO DE LITERATURA

RENATA DAMIN, CARLOS ROBERTO NAUFEL JUNIOR, RAFAEL RODRIGUES SPINOLA BARBOSA, GUILHERME FERRARINI FURLAN, MARILIA DE SOUZA PENIDO e GIOVANA LANDAL DE ALMEIDA LOBO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

INTRODUÇÃO: O termo "hérnia de Amyand" é empregado para caracterizar as hérnias inguinais cujo saco herniário contém o apêndice cecal. A incidência de apendicite aguda nesses casos varia de 0,07-0,13%. Essa patologia é rara, mais prevalente em pacientes do sexo masculino. É estimado que a idade média dos pacientes seja de 42 anos, apesar de haver relatos em pacientes pediátricos. O tratamento de escolha é a apendicetomia, juntamente com a herniorrafia inguinal. Durante a cirurgia, caso seja encontrado um apêndice saudável, pode-se reparar a hérnia por meio da colocação de uma tela, como foi realizado por nosso serviço. Por outro lado, caso o apêndice encontre-se inflamado e/ou infectado, a maioria dos autores recomendam a correção da hérnia sem o uso de tela. Pela raridade do caso, não há estudos estatisticamente significativos com relação às diferentes formas de realizar a correção dessa hérnia. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 43 anos, encaminhado pela central de leitos municipal com quadro de dor em região inguinal direita, com 24 horas de evolução, com piora progressiva e aumento de volume no local. Ao exame, a hérniação apresentava-se irreduzível. Paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, levemente febril, referindo náuseas. Diante disso, realizou-se tratamento cirúrgico por meio de hernioplastia inguinal unilateral, através de inguinotomia à direita. Identificada hérnia inguino-escrotal volumosa, evidenciando-se o ceco e apêndice cecal, associado a sinais inflamatórios sugestivos de apendicite grau I. O ceco, por sua vez, encontrava-se sem sinais de isquemia ou sofrimento de alças. Optou-se por realizar apendicetomia através do saco herniário, sendo realizado reforço da parede posterior pela técnica de Bassini e colocação de tela de polipropileno. Paciente evolui com boa evolução pós-operatória, recebendo alta no segundo dia e manteve acompanhamento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** A descoberta de um apêndice vermiforme inflamado no interior uma hérnia crural encarcerada é uma condição rara e de difícil diagnóstico antes da cirurgia, entretanto deve ser considerado como diagnóstico diferencial em casos de hérnia inguinal direita com sinais flogísticos. O tratamento deve ser cirúrgico, porém o uso de material protético é controverso, devendo-se individualizar o uso de telas para a correção da hérnia.

295

HÉRNIA DE LITRE: UM ACHADO INCOMUM NA OBSTRUÇÃO INTESTINAL. RELATO DE CASO

MARIANA CAMPOS SALGADO, CLAUDIA VASCONCELLOS, MICHEL CALABRIA, JÚLIA VIEIRA e RAFAEL RODRIGUEZ FERREIRA

HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO

A hérnia de Litre é a presença de um divertículo de Meckel dentro do orifício da parede abdominal. Há poucos casos relatados na literatura e sua frequência não é bem descrita. Caso clínico: apresentamos dois casos clínicos onde encontramos divertículo de Meckel em hérnia inguino-escrotal encarcerada direita na emergência do Hospital Municipal Salgado Filho. O primeiro caso foi um paciente de 26 anos com relato de hérnia inguino-escrotal direita encarcerada há 36 horas associado a vômitos, dor abdominal e parada de eliminação de fezes. O segundo caso foi um paciente de 72 anos com quadro de hérnia inguinal direita encarcerada há 7 dias associado a vômitos, parada de eliminação de gases e fezes, dor e distensão abdominal. Ambos foram abordados na emergência. No primeiro paciente encontramos aproximadamente 15cm de segmento de íleo no saco herniário contendo um divertículo de Meckel íntegro, mas com sinais inflamatórios e foi decidido por uma diverticulectomia e hernioplastia inguinal. No segundo, havia cerca de 5cm de segmento de íleo contendo um divertículo de Meckel perfurado e com área de isquemia. Por isso foi decidido por enterectomia segmentar desta área com anastomose latero- lateral com gramepeador linear. Conclusão: o divertículo de Meckel é a persistência do ducto onfalomesentérico e é a anomalia congênita mais frequente no trato gastrointestinal. Geralmente é assintomático, podendo produzir hemorragia, infecção ou obstrução intestinal como os principais sintomas. O diagnóstico pré-operatório é difícil, sendo mais frequente o cirúrgico.

296

ABSCESSE HEPÁTICO PIOGÊNICO TEM PIOR PROGNÓSTICO NOS IDOSOS?

PEDRO PINHEIRO DE LEMOS NETO, LARISSA DOS SANTOS CARDOSO, ANA PAULA VIEIRA DE MACEDO, DENIS SZEJNFELD, MARLON AUGUSTO SCHIOCCHE MONARIM, CRISTIANO MELO GAMBA, JOSÉ FRANCISCO DE MATTOS FARAH e PAOLA COSTA REIS

HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

Introdução: Abscesso Hepático Piogênico (AHP) é o tipo mais comum de abscesso visceral. Sua incidência aumentou nas últimas décadas e estudos têm focado a idade como fator de mau prognóstico com resultados contraditórios.

Objetivo: Comparar e avaliar possíveis diferenças na etiologia, prevalência bacteriana, tratamento e desfecho do AHP entre pacientes idosos e não idosos em um hospital referência em pacientes idosos, para instituir medidas terapêuticas adequadas.

Método: Realizado estudo retrospectivo em pacientes com diagnóstico de AHP nos registros médicos do serviço de Cirurgia Geral de Hospital Terciário na cidade de São Paulo, no período de Janeiro/2013 a Junho/2018. Os casos foram divididos em dois grupos: menor de 65 anos, grupo não idosos (NI) e maior ou igual a 65 anos, grupo idosos (I), para comparação das características estudadas.

Resultados: Foram incluídos 61 pacientes, destes 29 (47,54%) mulheres e 32 (52,46%) homens. Classificados pela idade encontramos 29 (47,54%) NI e 32 (52,46%) I. Avaliando a etiologia, no grupo de NI: 51,72% biliar, 27,58% portal, 6,89% arterial, 0 contiguidade e 13,79% sem causa; no grupo I: 50% biliar, 3,12% portal, 3,12% arterial, 6,25% contiguidade, 37,5% sem causa. Na cultura dos abscessos, foram encontrados no grupo NI: 41,37% Positiva, 44,82% Negativa e 13,79% Não Realizada; no grupo I: 56,25% Positiva, 28,12% Negativa e 15,62% Não Realizada. A bactéria de maior prevalência foi a E. coli, 36% no grupo NI e 24% no grupo I. Quanto ao tratamento do grupo NI: 3,44% Clínico, 96,56% por Drenagem, sendo 72,41% por Punção (PUN), 17,24% por Videolaparoscopia (VLP), 7,69% por Laparotomia (LPT). No grupo I: 6,25% Clínico, 93,75% por Drenagem, 75% PUN, 18,75% VLP, 0 LPT. Relacionado ao desfecho final, no grupo NI: 55,17% Resolução, 44,83% Reabordagem, sendo 27,58% Punção, 0 VLP, 3,44% LPT, 13,79% Óbito; enquanto no grupo I: 78,12% Resolução, 21,88% Reabordagem, sendo 9,37% PUN, 3,12% VLP, 0 LPT, 9,37% Óbito. As diferenças entre os grupos analisados são: maior frequência da etiologia portal e da necessidade de reabordagem no grupo NI, porém a mortalidade foi semelhante em ambos.

Conclusão: O fator idade não foi determinante no prognóstico do AHP no resultado deste trabalho, assim sugerimos que outros fatores deverão ser estudados, como a gravidade da infecção e a eficácia do controle de foco infeccioso.

297

O USO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO METODOLOGIA DE ENSINO AO ATENDIMENTO INTEGRAL AO POLITRAUMATIZADO

WERTHER HALPERN DE PINHO, DAIANE DE OLIVEIRA SOARES, CLARISSA CASTRIGHINI MACEDO DE SOUSA, WILLIAM SIMÕES RANGEL JÚNIOR, PAULA FERREIRA BRASIL e KIANE WERNECK ASSUMPÇÃO BRUNO

UFRJ

Introdução: O método de simulação é uma técnica de aprendizado que proporciona ao estudante da área de saúde atuar em situações próximas das reais em um ambiente controlado, e com oportunidade de refletir sobre suas próprias condutas em discussões estruturadas. Acreditamos que a implementação dessa metodologia permita uma retenção mais prolongada do conteúdo técnico, reduzindo desfechos desfavoráveis no mundo real. O trabalho em questão tratará de um relato de experiência de uma simulação realística de acidente automobilístico, em que os próprios alunos atuaram como vítimas e socorristas.

Objetivo: Relatar a experiência do uso da simulação realística como forma de ensino e treinamento para estudantes de medicina no atendimento ao politraumatizado.

Metodologia: O ambiente da simulação foi montado através da criação de cenário com múltiplas vítimas em uma colisão auto versus auto versus anteparo. Os alunos participaram do simulado desempenhando funções compatíveis com o período cursado (Primeiros socorros, Atendimento pré-hospitalar, Atendimento Intra-hospitalar). O cenário realístico foi montado a partir de casos clínicos, com maquiagem, materiais e ambiente propícios. Para cada vítima havia um monitor responsável por preencher checklists contendo os principais pontos que deveriam ser abordados pelas equipes das três áreas.

Resultados: Entre os 55 alunos que realizaram o simulado, 32 responderam ao questionário aplicado, sendo destes, 93,75% do curso de medicina, enquanto 6,25% eram curso de enfermagem. Em relação ao conteúdo do simulado, 53,1% alunos relatam ter abordado assuntos novos e 96,9% acreditam que o simulado ajudou a fixar o conteúdo aprendido durante o seu respectivo curso.

Conclusão: O uso da simulação realística como metodologia de ensino gera impactos positivos ao proporcionar uma inserção precoce às práticas clínico-cirúrgicas, ao raciocínio diagnóstico e consequente desenvolvimento à assistência às vítimas de trauma.

298

TÉCNICAS DE HERNIOPLASTIA INGUINAL - ESTUDO COMPARATIVO

JULIANA SILVA GARCIA, BRUNA D. R. MONNERAT, GUILHERME C. BRAGA, DÉBORA A. D. PEREIRA, LUIS ANTONIO V. GUERRA e FLAVIO ROTHFUCHS

HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA

Introdução

A colocação de prótese de polipropileno no tratamento da hérnia inguinal ficou bem estabelecida nas últimas duas décadas. Entretanto, há quatro décadas, Falcí, estimulado pelos trabalhos de Usher, iniciou o implante de tela de maneira rotineira, procedimento este, inicialmente, não aceito por muitos. Posteriormente, Lichtenstein difundiu o método com uso rotineiro da malha de polipropileno. Nas técnicas de Falcí e Falcí-Lichtenstein a tela não é fendida e o cordão espermático é lateralizado. Enquanto na técnica de Lichtenstein, a tela é fendida e o cordão espermático se mantém em sua posição original.

Objetivo

Este trabalho visa realizar um estudo comparativo entre as técnicas de Lichtenstein, Falcí e Falcí-Lichtenstein.

Métodos

Foram operados aleatoriamente 150 pacientes portadores de hérnia inguinal, pelas técnicas de Falcí, Falcí-Lichtenstein e Lichtenstein no período de julho de 2011 a novembro de 2015. Foi avaliada idade, sexo, tipo de hérnia, fatores de risco, complicações, dor pós-operatória e retorno às atividades físicas. Utilizou-se a classificação de Nyhus para hérnia inguinal e a escala visual analógica (EVA) para avaliação da dor no 1º, 7º e 15º dias de pós-operatório. Foram excluídas as hérnias tipo IV de Nyhus. Foi empregado para comparação das três técnicas em relação às variáveis do estudo, o teste não-paramétrico de χ^2 (qui-quadrado). Adotou-se o nível de significância estatística de 5% ($p < 0.05$).

Resultados

Todos os pacientes foram masculinos. A faixa etária 51-70 anos foi a mais frequente, assim como a hérnia tipo Nyhus IIIB nos três grupos. Trabalho braçal foi o fator de risco mais comum. O tempo operatório foi semelhante nas três técnicas. Parestesia, seroma e edema de bolsa escrotal foram as complicações mais frequentes. A dor pós-operatória segunda EVA foi leve nos grupos estudados.

Conclusão

Até o momento, não houve diferença estatística significativa entre os três métodos cirúrgicos para tratamento da hérnia inguinal. São igualmente eficientes. Entretanto, a lateralização do cordão espermático na técnica Falcí e Falcí-Lichtenstein, com a colocação da tela inteira sobre a parede posterior do canal inguinal, cobre totalmente o orifício inguinal profundo original, promovendo proteção total desta área.

300

TORÇÃO DE CISTO PARAOVARIANO EM PACIENTE PEDIÁTRICO

VITOR DOS SANTOS DANTAS e RICARDO BASSIL LASMAR

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF

Introdução: O cisto paraovariano é um cisto de coleção fluida localizado no ligamento largo e próximo aos ovários. Apresenta pico de incidência na terceira e quarta década de vida das mulheres, sendo raro na faixa etária pediátrica. Apenas 2 a 3% dos cistos apresentam alterações compatíveis com malignidade. Seu diagnóstico em geral ocorre de maneira acidental em exames de imagem, já que 80% são assintomáticos. Quando sintomático, há relatos comumente de dor abdominal hipogástrica aguda, náuseas e vômitos. No presente relato, os autores apresentam um caso de uma paciente pediátrica com quadro de abdome agudo atípico e realizam uma revisão da literatura sobre a causa dele.

Relato do caso: J.C.E., 14 anos, sexo feminino, menarca aos 14 anos, iniciou quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita, de forte intensidade, intermitente, com mais de um mês de duração desde o primeiro episódio. Essa dor a fez procurar em duas ocasiões o serviço de emergência local, retornando para a casa após analgesia. Depois de laudo de ultrassonografia pélvica relatar cisto anexial direito, procurou consulta com ginecologista, não sendo observadas alterações ao exame físico e laboratorial. Foi solicitada, então, ressonância magnética da pelve, com resultado de lesão cística paraovariana direita com 43 x 38 mm de tamanho, sendo indicada a laparoscopia para exérese de provável cisto paraovariano direito torcido com preservação do ovário ipsilateral e posterior análise histopatológica. A cirurgia evoluiu sem intercorrências com resolução do quadro clínico.

Conclusão: Dentre os diagnósticos diferenciais possíveis, encontram-se: cisto ovariano simples, hidrossalpinge e causas de abdome agudo, como apendicite. O tratamento tende a ser expectante em relação aos cistos com características benignas, enquanto que cistos com características malignas, grandes ou sintomáticos costumam ser abordados cirurgicamente. Além disso, o ultrassom pélvico costuma ser o exame inicial para avaliação dessas massas. A ressonância magnética, por sua vez, oferece benefícios como melhor observação da delimitação da massa na pelve, da vascularização e da homogeneidade do cisto, permitindo diagnosticar cistos com características malignas, o que alterará a abordagem. Casos como o apresentado mostram a importância de uma investigação cuidadosa de diagnósticos diferenciais de abdome agudo em pacientes pediátricos para o manejo adequado do paciente, sem expô-los a procedimentos iatrogênicos.

299

ATELECTASIA DE PULMÃO DIREITO DEVIDO À SELETIVAÇÃO DE BRÔNQUIO PRINCIPAL POR CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

TUIAN SANTIAGO CERQUEIRA, THALES ALVES DE SOUZA, CIRÊNIO DE ALMEIDA BARBOSA, RONALD SOARES DOS SANTOS e LETHÍCIA SILVA SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PERTO

Introdução: A traqueostomia é um procedimento cirúrgico durante em que uma prótese é colocada através do traqueostoma, conduto criado entre a pele e a traqueia. A colocação de um tubo de traqueostomia pode ser feita de forma aberta/cirúrgica, e percutânea. É muito utilizada em unidades de terapia intensiva em que os pacientes são graves e sem proposta de retirada de tubo orotraqueal. Realizada para contornar a obstrução das vias aéreas, auxiliar no manejo das secreções, reduzir o espaço morto anatómico e auxiliar no desmame da ventilação mecânica em pacientes com insuficiência respiratória crônica, sendo uma alternativa segura a intubação oro/nasotraqueal prolongada. Relato do caso: Paciente de 32 anos, masculino, história de drogitação desde os 14 anos, usuário de crack e maconha, tabagista pesado e etilista. Possuía conflitos familiares e apresentava comportamento agressivo. Encontrado pelos familiares desacordado após tentativa de auto-extermínio, com ingestão de anlodipino, clonazepam, amitriptilina e aplicação de insulina regular (doses não conhecidas), verificou-se glicemia capilar de 13 mg/dL, acionado SAMU que administrou soro glicosado 50% e realizado intubação orotraqueal. Internado em UTI para melhor assistência, ficou sedado e em ventilação mecânica. Tomografia computadorizada de crânio não evidenciou alterações. No dia seguinte realizou ressonância magnética de cérebro que evidenciou alterações compatíveis com encefalopatia hipoglicêmica. Paciente sem proposta de extubação sendo indicado traqueostomia precoce após 5 dias de intubação orotraqueal. Realizado o procedimento e após passagem de cânula Portex número 7,5, paciente começou apresentar queda de saturação. Realizado radiografia de tórax que evidenciou atelectasia de pulmão direito. Tracionou-se cânula e, dessa forma, houve melhora gradativa da saturação. Nova radiografia de tórax mostrou pulmão direito expandido. Conclusão: Os tubos de traqueostomia são dispositivos cada vez mais utilizados em pacientes com doenças crônicas das vias aéreas, sejam primárias ou não. As complicações da traqueostomia são infrequentes, mas podem ser fatais. Desta forma, é evidente a necessidade de entendimento das complicações relacionadas ao procedimento e, sobretudo, a correlação de aparecimento com o tempo cirúrgico e pós-cirúrgico. Assim, a compreensão das possíveis complicações precoces e tardias da traqueostomia e a identificação dos sintomas dessas complicações permitem melhor manejo.

301

AValiação Imunológica de Ratos Submetidos à Cirurgia Conservadora do Baço

GABRIEL SOUZA LORENZONI, ANDREA SAADE DAHER BORJAILI, MARCELA SOUZA LIMA PAULO, JULIA BELIZÁRIO SILVEIRA, MARESSA MALINI, BIANCA PRANDI CAMPAGNARO, DANILO NAGIB SALOMÃO PAULO e TARCIZO AFONSO NUNES

EMESCAM

Introdução: A remoção cirúrgica do baço de pacientes que sofreram traumas abdominais ou outras doenças é um procedimento padrão na prática clínica. No entanto, é conhecida a importância do baço na resposta imune a infecções sistêmicas, em especial por germes capsulados. O risco de desenvolvimento de infecção fulminante pós-esplenectomia, tanto em crianças quanto em adultos, pode surgir em qualquer época após a operação e independe da indicação cirúrgica. Métodos cirúrgicos conservadores de tecido esplênico ganham destaque na tentativa de manter a função imunológica do órgão. **Objetivo:** Avaliar a imunofenotipagem celular dos linfócitos T CD4+/CD8+ de ratos para monitorar o estado imunológico sérico de animais submetidos às cirurgias conservadoras do baço. **Método:** Quarenta ratos machos, Wistar, jovens, foram divididos em: Grupo 1 (n=10), manipulação do baço; Grupo 2 (n=10), esplenectomia total (ET); grupo 3 (n=10), esplenectomia subtotal com preservação do polo inferior (ESTPI) e grupo 4 (n=10), esplenectomia subtotal com preservação do polo superior (ESTPS). Todos os animais foram submetidos a coleta de sangue (T0) antes de serem submetidos à operação de acordo com o protocolo estabelecido em cada grupo experimental. No 70º dia todos os animais foram submetidos novamente a uma coleta de sangue total (T1). A contagem dos linfócitos T CD4+/CD8+ foi realizada por citometria de fluxo a partir das amostras de sangue total (T0 e T1) dos animais. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética no Uso de Animais (CEUA). **Resultados:** Não houve alteração significativa entre o percentual de CD4+, antes e após o procedimento cirúrgico, em nenhum dos grupos avaliados. Entretanto, os percentuais de CD8+ sofreram redução significativa no grupo manipulação e ESTPI, após passar pelo procedimento cirúrgico. **Conclusão:** Os animais submetidos a manipulação cirúrgica e a ESTPI mostraram-se menos imunocompetentes, com diminuição significativa dos níveis séricos de linfócitos T citotóxico CD8+, o que pode aumentar a susceptibilidade a infecções celulares por vírus e por bactérias. Entretanto, como a diminuição também ocorreu no grupo de manipulação cirúrgica, é questionado se essa alteração é proveniente do estresse cirúrgico e/ou da coleta de sangue, não se relacionando aos procedimentos cirúrgicos estudados. Conclui-se que as técnicas conservadoras ESTPI e ESTPS não favorecem os níveis séricos de linfócitos T CD4+/CD8+ comparados ET.

302

URETEROPLASTIA ROBÓTICA COM ENXERTO DE MUCOSA ORAL

MANUELLA CAROLINE DUTRA FRAZÃO ALVES, ANDRÉ GUILHERME LAGRECA DA COSTA CAVALCANTI, CARLOS EDUARDO BELARMINO FILHO, MAURICIO RUBINSTEIN e RENAN GERONIMO SOUZA DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

A estenose ureteral é uma complicação comumente encontrada na prática do urologista, seja devido a procedimentos invasivos e não-invasivos, seja como consequência de afecções diretas sobre o ureter. A ureteroplastia, devido a seus resultados promissores a longo prazo, é a abordagem indicada em vários desses casos, sendo necessárias técnicas reconstrutivas para melhorar o trânsito ureteral efetivo, como o uso de enxertos. O presente trabalho tem por objetivo descrever um caso de ureteroplastia com uso de enxerto de mucosa oral.

APL, 41 anos, com história de procedimentos prévios para tratamento de cálculos ureterais, evoluiu com quadro de estenose ureteral esquerda, passando por diversas trocas de duplo J em um período de 2 anos. Foi submetida a nefrostomia percutânea para melhor avaliar o quadro da estenose. TC com injeção de contraste pela nefrostomia mostrando estenose longa ao nível do cruzamento dos vasos ilíacos. Submetida a ureteroplastia com uso de enxerto de mucosa oral. Tomografia de controle 4 semanas após o procedimento mostra adequado calibre ureteral na área de reconstrução.

Em casos onde não é possível a aproximação da bexiga ao coto ureteral, o uso de enxertos é uma opção viável. Há poucos estudos descrevendo o uso da mucosa oral como enxerto nesses casos de reconstrução. No entanto, a experiência com uso desse material na reconstrução da uretra mostra altas taxas de sucesso a longo prazo. Por compartilhar características histológicas com a mucosa ureteral, torna-se um tipo viável de enxerto. No entanto, faltam estudos de longo prazo para detalhar os benefícios e indicações para uso do enxerto de mucosa oral na reconstrução ureteral.

304

O "BARE SPOT" É CONFIÁVEL PARA MEDIÇÃO DA PERDA ÓSSEA NA BORDA ANTERIOR DA CAVIDADE GLENOIDAL?

PAULO ROGÉRIO MORITZ POSTIGO, YONDER ARCHANJO CHING SAN JUNIOR e MAX ROGERIO FREITAS RAMOS

UFF

INTRODUÇÃO: A instabilidade da articulação glenoumeral é uma lesão frequente na prática ortopédica, impactando na laboralidade de trabalhadores comuns e atletas. Dentre as técnicas cirúrgicas, a reconstrução do labrum por via artroscópica e a técnica mais utilizada, porém apresenta elevado índice de recidiva (65%) em pacientes com perda óssea maior que 25% na margem anterior da cavidade glenoidal. Nestes casos, a cirurgia com bloqueio ósseo, como a transferência do processo coracóide torna-se a melhor opção. Diante disso, a definição precisa da porção óssea residual na cavidade glenoidal é fundamental para a correta estimativa da perda óssea e consequente escolha do tratamento. Para tanto, Burkhardt et al. concluíram que o "Bare Spot" poderia ser utilizado como referência do marco anatômico confiável do centro da glenóide inferior, permitindo assim a mensuração artroscópica dos raios anterior e posterior da cavidade glenoidal, facilitando a quantificação da perda óssea. Entretanto, sua confiabilidade foi questionada na literatura, principalmente sob uma visão artroscópica. OBJETIVO: Avaliar a confiabilidade do "Bare Spot" como marco anatômico na definição intra-operatória da perda óssea nas instabilidades anteriores do ombro. METODO: A distância do "Bare Spot" as margens anterior e posterior da cavidade glenoidal (BS-A e BS-P) foi determinada tanto sob visualização artroscópica quanto por via aberta em 10 cadáveres. RESULTADO: O "Bare Spot" não coincidiu com o centro da cavidade glenoidal nos ombros estudados, estando ligeiramente anteriorizado, uma vez que a distância "Bare Spot" a borda posterior (BS-P) foi maior do que a distância do "Bare Spot" a borda anterior (BS-A) ($p < 0,05$). CONCLUSÃO: O "Bare Spot" não se mostrou um marco seguro para a quantificação da perda óssea.

305

TRATAMENTO DA INSTABILIDADE DO OMBRO: TRANSFERÊNCIA TRANS-SUBESCAPULAR DO TENDÃO BICIPITAL LONGO

PAULO ROGÉRIO MORITZ POSTIGO, YONDER ARCHANJO CHING SAN JUNIOR e MAX ROGERIO FREITAS RAMOS

UFF

INTRODUÇÃO: A instabilidade da articulação glenoumeral é uma lesão frequente na prática ortopédica, impactando na laboralidade de trabalhadores comuns e atletas. Dentre as técnicas cirúrgicas, a reconstrução do labrum por via artroscópica é a técnica mais utilizada, porém apresenta elevado índice de recidiva em pacientes com perda óssea maior que 25% na glenóide anterior. Nestes casos, a transferência do processo coracóide torna-se a melhor opção. Esta técnica, no entanto, não é livre de complicações, comprometendo a força de flexão e supinação do antebraço em eventual avulsão ou não consolidação do enxerto. Por outro lado, uma vez que o tendão longo do biceps braquial atua como estabilizador secundário nos primatas bípedes e cuja ausência não repercute na função do ombro, sugere-se seu uso para um novo tratamento cirúrgico: a transferência deste tendão para a borda anterior da cavidade glenoidal através do tendão subescapular, reproduzindo assim o efeito de tirante, criando uma barreira anterior e aumentando a superfície labral através do espessamento das partes moles.

OBJETIVO: Descrever a técnica de transferência do tendão longo do biceps para tratamento da instabilidade anterior do ombro.

MÉTODO: O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sob os cuidados do Departamento de Anatomia, que cedeu o cadáver para desenvolvimento e descrição da técnica. Reproduzimos a lesão de bankart no labrum glenoidal ântero-inferior e a lesão dos Ligamentos Glenoumerais médio e inferior. O tendão longo do biceps braquial foi desinserido do tubérculo supraglenoidal e transferido para a borda anterior da cavidade glenoidal, através da tenotomia do subescapular, reproduzindo o efeito tirante e aumentando o batente anterior.

RESULTADO: A técnica é de fácil execução, minimizando os riscos da transferência do processo coracóide.

CONCLUSÃO: A transferência do tendão longo do biceps braquial é uma opção para tratamento da instabilidade glenoumeral.

Palavras-chave: Instabilidade do ombro; Novo tratamento cirúrgico experimental; Inserção trans-subescapular tendão bicipital longo.

306

PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO ASSOCIADO AO USO DE ECSTASY: RELATO DE CASO

EDUARDA MENDES COSTA, LAURA DE VITERBO LAGE, LETICIA RIOS CARNEIRO, ANDRE TUNES DE PAULA, RODRIGO PEREIRA PEIXOTO, CAMILA CASSANI JORGE, BRUNO DE FREITAS BELEZIA e BRUNO CARLO VIEIRA LEMOS

HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS

INTRODUÇÃO: Ecstasy (MDMA) é uma droga simpaticomimética de ação central e periférica e tem como efeitos o aumento de estado de alerta, euforia e sensação de vigor físico e mental. Entre efeitos adversos estão a ansiedade, confusão, psicose, arritmias, convulsões, hipertermia e menos comumente, pneumomediastino (PNMD) espontâneo. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 18 anos, admitido com dor torácica súbita, ventilatório-dependente, associada a enfisema subcutâneo cérvico-torácico. Negava outros sintomas ou história de trauma, comorbidades ou uso de medicações. Relatava uso de MDMA há 48 horas. Submetido a Tomografia Computadorizada (TC) Cervical que evidenciou áreas de enfisema subcutâneo occipital, cervical e em planos profundos cervicais. TC de tórax evidenciou PNMD moderado associado a pneumorraque. Endoscopia Digestiva Alta sem alterações. Permaneceu em observação hospitalar um dia, sob tratamento sintomático. Evoluiu com melhora progressiva do enfisema e da dor torácica. Recebeu alta hospitalar com seguimento ambulatorial, evoluindo com resolução do quadro. PNMD espontâneo ou Síndrome de Hamman (SDH) é a presença de ar livre no mediastino, não associada a trauma, cirurgia ou outros procedimentos, sendo mais comum em homens jovens. Pode ser desencadeado por exercícios físicos, trabalho de parto, cetoacidose diabética, inalação de drogas, tosse, vômitos, e outros. PNMD ocorre quando uma alta pressão interalveolar e uma baixa pressão perivascular levam a ruptura alveolar, e o ar penetra livremente no mediastino buscando equilíbrio dos gradientes pressóricos. Sua associação com uso de MDMA provavelmente está relacionada a hiperexcitabilidade e atividade física extenuante por longos períodos. A maioria se apresenta com dispnéia, tosse, dor torácica, cervicalgia e enfisema subcutâneo. A presença de crepitação a ausculta cardíaca -sinal de Hamman- é patognomônico da doença. A associação de PNMD e pneumorraque é muito rara. Habitualmente, é condição clínica autolimitada, sendo a terapêutica baseada em repouso e alívio de sintomas por meio de agentes broncodilatadores e oxigenioterapia. Em casos infrequentes, complicações como pneumotórax/mediastino hipertensivo demandam tratamento cirúrgico. CONCLUSÃO: PNMD espontâneo é uma síndrome rara, de múltiplas etiologias e apresentação aguda. A maioria dos acometidos são homens jovens, com quadro autolimitado. A associação com uso de drogas ilícitas é bem caracterizada e possui aumento da frequência em pronto-atendimento.

307

HÉRNIA MESENTÉRICA PERI-ENTEROANASTOMÓTICA EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE BYPASS GÁSTRICO

TUIAN SANTIAGO CERQUEIRA, THALES ALVES DE SOUZA, RONALD SOARES DOS SANTOS e CIRÊNIO DE ALMEIDA BARBOSA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PERTO

Introdução: Considerando que o Brasil sedia o maior número por habitantes de cirurgia bariátrica no mundo, complicações consideradas raras são encontradas com certa rotina. Dentre estas, as hérnias internas. O presente caso reflete o tipo menos comum de hérnias internas pós bypass gástrico. **Relato do caso:** Paciente KJR, masculino, 55 anos, com quadro de vômitos incoercíveis, dor abdominal e constipação intestinal intermitente desde o dia 20 de março. Admitido com quadro de dor abdominal tipo cólica, intensa, periumbilical, cessação de evacuação e flatos há 48h, náuseas e vômitos fecaloides intensos. Feita conduta clínica inicial para abdome agudo obstrutivo. TC evidenciando distensão líquida e gasosa do intestino delgado, predominantemente localizado a jusante da anastomose gastrojejunal com calibre máximo de aproximadamente 5,6 cm. Pequena quantidade de líquido livre na cavidade abdominal observado nas goteiras parietocólicas bilateralmente, na pelve e, mais discretamente, entre alças intestinais. Levado à laparotomia, encontrada hérnia interna peri-enteroanastomótica, readequada sem maiores complicações no mesmo ato, com fechamento do defeito mesentérico. Paciente evoluiu com progressão de dieta, sem maiores complicações e avaliação de pós operatório igualmente bem-sucedido em sete e 30 dias. **Conclusão:** Com a grande casuística de cirurgias bariátricas em nosso meio, reconhecer as possíveis complicações e seus sinais clínico-propedêuticos torna-se desafio necessário ao cirurgião geral. Neste cenário, o presente caso ilustra complicação tardia tratada com êxito devido a esta capacidade diagnóstica pela equipe.

308

RELATO DE CASO: USO DE LAPAROSTOMIA SELETIVA PARA RECONSTRUÇÃO INTESTINAL EM ABDOME AGUDA

JESSICA LOURENÇO DOS SANTOS, BRUNO FERNANDES, FREDERICO NOGUEIRA PEREIRA, DANIEL BRETAS MARTINS ROSA, DACIANO MIRANDA e TULIO FERNANDES ASSIS

UNIMEDBH

INTRODUÇÃO

A laparostomia é uma estratégia utilizada com a finalidade de permitir a viabilidade da cavidade abdominal aberta após laparotomias. Trata-se de um método eficaz em situações como laparotomias descompressivas e em relaparotomias planejadas. Os pacientes submetidos ao procedimento possuem altas taxas de mortalidade. Diante da complexidade do manejo desses pacientes, é necessário ser bem programada, indicada e revisada nos momentos adequados.

RELATO DE CASO

LCCF, 35 anos, gestante (IG 37 semanas), com história pregressa de by-pass gástrico em Y de Roux em 2017. Compareceu ao serviço de pronto atendimento em maio de 2018 devido a dores abdominais. Foi procedido interrupção da gestação. Após procedimento, paciente manteve quadro de dor abdominal intensa em andar superior e defesa abdominal. Após propedêutica, que evidenciou hérnia interna- no espaço de Petersen, foi realizado laparotomia exploradora que evidenciou isquemia de alça alimentar até o pouch gástrico, isquemia de alça bilio-pancreática até 10 cm do Trietz, isquemia de alça comum com viabilidade apenas dos últimos 90 cm do íleo terminal. Optado por realização de enterectomia completa do segmento isquêmico e confeccionado bolsa de laparostomia, sem anastomoses, devido instabilidade e gravidade da paciente. Paciente submetida a revisão de laparostomia a cada 48 h, sendo realizado a dissecação dos pontos anatômicos necessários para a reconstrução do trânsito e empacotamento com plástico estéril, visando a não aderência entre os segmentos já dissecados e estruturas próximas. No 13º DPO, após a realização de balanço nitrogenado, evidenciando sua positividade, foi realizado a reconstrução do trânsito intestinal e entero-entero anastomose entre íleo terminal e angulo de trietz com uso de grameador circular, fechado coto distal da alça de delgado com grameador linear. Confeccionado anastomose grameada entre a parede anterior do pouch gástrico e a parede posterior do estômago excluído. Realizado resutura de parede abdominal, fechamento de pele por planos. Paciente permaneceu em acompanhamento hospitalar por 60 dias, recebeu alta em boas condições, com tolerância a dieta oral.

CONCLUSÃO

A realização de laparostomia seletiva no atual relato de caso permitiu realização de isolamento das estruturas que seriam importantes para reconstrução do trânsito intestinal, impedindo aderências entre as mesmas.

309

INTERFERÊNCIA DO PERCENTUAL DE LINFÓCITO T NA SOBREVIVÊNCIA DE RATOS APÓS CIRURGIA CONSERVADORA DO BAÇO

GABRIEL SOUZA LORENZONI, ANDREA SAADE DAHER BORJAILI, MARCELA SOUZA LIMA PAULO, FLÁVIA HEIDERICH DALL'ORTO, MARESSA MALINI, BIANCA PRANDI CAMPAGNARO, DANILO NAGIB SALOMÃO PAULO e TARCIZO AFONSO NUNES

EMESCAM

Introdução: O baço atua como importante filtro biológico e desempenha papel fundamental no sistema imune. Uma vez verificada a relevância imunológica e diversidade funcional do baço, sua preservação total ou parcial passou a ser realizada de forma mais frequente. Entre as operações de preservação esplênica incluem-se as esplenectomias subtotais com preservação do polo superior (ESTPS) e do polo inferior (ESTPI). **Objetivo:** Avaliar a correlação entre o percentual de linfócitos T CD4+ e CD8+, dos animais que foram submetidos a cirurgia conservadora do baço, com a taxa de sobrevivência após sofrerem indução de peritonite. **Método:** Quarenta ratos machos, Wistar, jovens, foram divididos em: grupo 1 (n=10), manipulação do baço; grupo 2 (n=10), Esplenectomia total (ET); grupo 3 (n=10), Esplenectomia com conservação do polo Inferior (ESTPI) e grupo 4 (n=10) Esplenectomia com conservação do polo Superior (ESTPS). Todos os animais foram submetidos à coleta de sangue (T0) antes de serem operados de acordo com protocolo estabelecido em cada grupo experimental. No 70º dia após a cirurgia, todos os animais foram submetidos novamente a uma coleta de sangue total (T1) e, então, submetidos à peritonite. O mecanismo de indução de peritonite foi o mesmo para todos os animais e consistiu na introdução de solução com fezes na cavidade peritoneal. Após esta etapa, foram registrados o tempo de sobrevivência de cada animal. A contagem dos linfócitos T CD4+/CD8+ foi realizada por citometria de fluxo a partir das amostras de sangue total (T0 e T1) dos animais. Para correlacionar o percentual de linfócitos com o tempo de vida dos animais, foi calculado o coeficiente de Spearman. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética no Uso de Animais (CEUA). **Resultados:** Não houve correlação significativa entre os percentuais de CD4+ e CD8+ com a sobrevivência dos animais em todos os grupos avaliados. **Conclusão:** A falta de correlação entre a imunofenotipagem dos linfócitos T CD4+ e CD8+ e a sobrevivência dos animais não era esperado, uma vez que ensaios de imunohistoquímica realizados pelo grupo de pesquisa (dados ainda não publicados) mostraram uma recuperação do órgão após a cirurgia de conservação do baço. Estudos moleculares envolvendo expressão gênica serão realizados a fim de investigar uma possível mudança no perfil de transcritos gênicos de vias envolvidas na imunidade do organismo, haja vista a não influência da cirurgia na população sérica total de linfócitos.

310

TRATAMENTO CONSERVADOR APÓS INTERIORIZAÇÃO DE SONDA DE GASTROSTOMIA

TUIAN SANTIAGO CERQUEIRA, THALES ALVES DE SOUZA, CIRÊNIO DE ALMEIDA BARBOSA e RONALD SOARES DOS SANTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PERTO

Introdução: A gastrostomia é um método eficaz e seguro para nutrição enteral em casos indicados. Suas indicações incluem dificuldade de deglutição por condições neurológicas ou trauma facial, obstrução luminal causada por malignidades ou estenoses benignas, além de estados hipercatabólicos, como queimaduras extensas, fibrose cística e doença de Crohn. Com relação as complicações, pode ser dividida em menores: vazamento, granuloma, infecção e dor local, hemorragia digestiva alta discreta, deslocamento/saída da sonda; e maiores: peritonite, sepse, hemorragia grave, obstrução intestinal, pneumonia aspirativa. **Relato do caso:** Paciente 82 anos, feminina, gastrostomizada com sonda de Malecot, portadora de doença de Alzheimer, institucionalizada, levada a UPA por cuidadores, pois a sonda de gastrostomia havia interiorizado. Foi passado sonda de Foley na gastrostomia e encaminhada para o hospital. Realizado TC de abdome total que evidenciou imagem compatível com sonda estendendo-se do íleo terminal até válvula íleo-cecal. Paciente sem irritação peritoneal, abdome livre, sem sinais de obstrução. Mantida em dieta enteral, administrado óleo mineral e lactulose pela gastrostomia. Fez acompanhamento seriado com radiografia de abdome que demonstrou migração da sonda até região retal, onde foi retirada após toque retal. Paciente recebeu alta sem complicações. **Conclusão:** A gastrostomia é um procedimento que vem sendo cada vez mais utilizado para manutenção de nutrição enteral, principalmente em pacientes com várias comorbidades, idade avançada e pouca reserva para suportar uma cirurgia, dessa forma, a tentativa de tratamento conservador em casos de interiorização da sonda deve ser tentada, caso não haja sinais obstrutivos.

312

HÉRNIA INCISIONAL COMPLEXA COM PERDA DE DOMICÍLIO: RELATO DE CASO

NATÁLIA D'ARC QUEIROZ PIMENTA, CIRÊNIO DE ALMEIDA BARBOSA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO

Introdução: As hérnias incisionais ou ventrais de sítio cirúrgico são complicações sérias de cirurgias abdominais. Ocorrem em 11% das cirurgias abdominais com acesso laparotômico. Acreditava-se que as hérnias incisionais eram um simples defeito na parede, sendo que, na realidade, são um defeito em um paciente com parede abdominal doente. Hérnia complexa da parede abdominal é aquela com diâmetro transversal do anel herniário ou do defeito musculoponeurótico (anéis múltiplos) 10cm, de qualquer localização, primária ou recidivada, associada a pelo menos uma das seguintes comorbidades: obesidade (IMC 30kg/m²); abdome em avental; úlcera cutânea; fistula ou derivação externa (inclui a peritoniotomia); volume do saco herniário/cavidade abdominal 20%, independente do tamanho do anel (perda de domicílio). Caso Clínico: Paciente masculino, 62 anos de idade, pedreiro, natural de Belo Horizonte, MG, procura atendimento médico com queixa de volumosa massa abdominal em cicatriz de laparotomia xifumbilical. É hipertenso e diabético. Relata ter sido submetido a cirurgia de urgência devido a abdome agudo obstrutivo por diverticulite há três anos. Informa crescimento gradual e contínuo do abaulamento, que tomou grandes proporções e o motivou a procurar atendimento especializado. Apresenta volumosa hérnia incisional, com anel herniário de cerca de 12cm no seu maior diâmetro, decorrente da laparotomia, com impossibilidade de redução manual do conteúdo herniado, embora sem sinal de encarceramento, o que caracterizava uma hérnia com perda de domicílio. Conclusão: Compreender os fatores de formação e modulação das fibras de colágeno, entender a biomecânica e anatomia dos músculos da parede abdominal permitiu grande avanço no tratamento dos pacientes com hérnias incisionais. O tratamento é cirúrgico, sendo o uso de próteses praticamente mandatório na maioria dos casos. O diâmetro do anel pode ultrapassar 10 cm, mas, por si só, não reflete a magnitude do problema. Obesidade, úlceras, fistulas ou estomias e a perda de domicílio dificultam o manejo desses pacientes e aumentam a frequência de complicações. A gravidade de uma hérnia não depende somente do tamanho do anel, mas também ou sobretudo das comorbidades sistêmicas e locais que apresenta

313

REPARO DE HÉRNIA INGUINAL POR CIRURGIA AMBULATORIAL COM ANESTESIA LOCAL DURANTE A CRISE NA UERJ

JULIANA DA COSTA ROSA, BRUNA ILDA MARIA JOAQUINA DO NASCIMENTO, CRISSIA PITANGA MALTA, LETÍCIA BORGES DE MATTOS BITTENCOURT VENTURA, JOSÉ DE ASSIS E SOUZA JÚNIOR e FLÁVIO ANTÔNIO DE SÁ RIBEIRO

UERJ

INTRODUÇÃO: No Brasil, a hérnia inguinal atinge principalmente homens economicamente ativos. O tratamento se concentra no modelo hospitalocêntrico, o que contribui para efeitos negativos sobre o atendimento, paciente e quadro financeiro. Nesse cenário, a Cirurgia Ambulatorial se mostra como uma relevante possibilidade de melhora, mas, apesar do encorajamento à prática há mais de duas décadas, ainda não é generalizada e aceita.

OBJETIVO: O objetivo deste estudo é evidenciar os benefícios do reparo da hérnia inguinal por meio da Cirurgia Ambulatorial sem admissão hospitalar, além de notabilizar sua segurança, eficácia e redução significativa de custos para a sociedade, mesmo em um cenário de crise financeira na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e na Policlínica Piquet Carneiro (PPC).

MÉTODO: A amostra é formada por 44 pacientes operados preferencialmente pela técnica de Lichtenstein. A coleta de dados foi de junho/2017 a junho/2018. Os critérios clínicos de inclusão de pacientes na PPC são: ausência de comorbidades descontroladas—até ASA II e até 70 anos; cirúrgicos: IMC abaixo de 30 kg/m², hérnia inguinal primária, redutível; e psicossocial: compreensão do procedimento e estabilidade emocional. Os critérios de exclusão: hérnias inguinais complexas, recorrentes ou irreduzíveis, obesidade e distúrbios psiquiátricos. Durante os procedimentos, os pacientes foram monitorados e para avaliar a dor do pós-operatório foi utilizada uma escala proposta por Huskisson.

RESULTADO: A UERJ trouxe programas de atendimento ambulatorial que antes funcionavam dentro do Hospital Universitário Pedro Ernesto para a PPC. Dos 44 pacientes selecionados para as cirurgias, 4 (9%) eram do gênero feminino e 40 (91%) masculino. Sendo as médias das idades totais de 51 anos, 62 anos nas mulheres e 50 em homens. Foram realizadas 39 (88,63%) hernioplastias inguinais: unilaterais, dentre elas 35 (89,74%) em homens e 5 (10,26%) em mulheres; e bilaterais que só ocorreram nos homens. Todas as operações realizadas ocorreram com êxito. Três pacientes selecionados não realizaram a cirurgia: dois devido à falta e um por intercorrência clínica.

CONCLUSÃO: Esse trabalho evidencia a importância da PPC na realização de cirurgias ambulatoriais de reparo a hérnia inguinal com anestesia local, uma vez que visa à desospitalização e redução da lista de espera para cirurgias de baixa complexidade, além de possibilitar que o paciente após o procedimento sinta apenas uma dor caracterizada como leve.

314

USO DA TELA DE POLIPROPILENO AUTO ADERENTE NO TRATAMENTO DA HÉRNIA INGUINAL

GUILHERME CRUZ BRAGA, BRUNA D. R. MONNERAT, JULIANA S. GARCIA, DEBORA A. D. PEREIRA, LUIS ANTONIO V. GUERRA e FLAVIO ROTHFUCHS

HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA

Introdução: O uso de tela de polipropileno de rotina no tratamento da hérnia inguinal ficou bem estabelecido nos últimos anos. Algumas telas recentes dispensam o uso de fixação com fios.

Objetivo:

Avaliar o uso da tela de polipropileno de baixa densidade monofilamentar com micro ganchos de ácido polilático absorvíveis (tela auto aderente), no tratamento da hérnia inguinal.

Métodos:

Foram operados 49 pacientes portadores de hérnia inguinal, utilizando tela de polipropileno auto aderente, com micro ganchos de ácido polilático auto aderentes. Não foram utilizados fios para fixação da tela. A mesma foi colocada a maneira de Lichtenstein, sendo colocado telas no tamanho 12 x 8 cm direito ou esquerdo, de acordo com a posição anatômica da hérnia. As hérnias tipo IV de Nyhus foram excluídas, assim como hérnias III B ínguino-escolares volumosas.

Resultados:

O sexo masculino foi o mais frequente, assim como hérnias a direita. Faixa etária dos 50-70 anos mais comum. Constipação intestinal foi o fator de risco mais frequente, assim como as hérnias tipo III B. Ausência de complicações infecciosas, algias ou recidivas conhecidas até o momento.

Conclusão:

A tela de polipropileno auto aderente com micro ganchos de ácido polilático absorvíveis, tem sido eficiente no tratamento da hérnia inguinal em nosso serviço. A não fixação com pontos na tela pode levar a diminuição do tempo operatório e reduzir granulomas de fio. Corrobora também, para mostrar que a tela não necessita de fixação definitiva como defendido por muitos.

315

EXPRESSÃO DE KI67 E PCNA NO POLO INFERIOR DO BAÇO DE RATOS APÓS ESPLENECTOMIA SUBTOTAL E OHB

ALBERTO FIGUEIREDO DE ANDRADE, MARCELA SOUZA LIMA PAULO, GABRIEL SOUZA LORENZONI, FLÁVIA HEIDERICH DALL'ORTO, GISELI CELESTINO NUNES, ANDREA SAADE DAHER BORJAIL, DANILO NAGIB SALOMÃO PAULO e TARCIZO AFONSO NUNES

Introdução: Estudos experimentais mostraram que a oxigenação hiperbárica (OHB) promove angiogênese; estimula a circulação colateral; melhora o resultado de transplantes das ilhotas pancreáticas; atenua os efeitos deletérios sobre fígado e baço de ratos submetidos à ligadura das veias hepáticas e reduz a incidência de mortes; induz a expressão de Fatores de Crescimento do Endotélio Vascular (VEGF) no fígado; reduz a lesão hepática na regeneração do fígado de ratos após hepatectomia parcial; acelera a cicatrização do baço após a ligadura simultânea da artéria e veia esplênicas; melhora a viabilidade do polo inferior do baço após esplenectomia subtotal e induz expressão de Antígeno Nuclear de Proliferação Celular (PCNA). Para identificar as células em proliferação, algumas proteínas relacionadas à fase replicativa têm sido utilizadas como marcadores e detectadas com anticorpos monoclonais, sendo o antígeno nuclear associado ao ciclo celular (Ki67) e o PCNA os mais utilizados. **Objetivo:** Correlacionar a expressão de Ki67 com a de PCNA no polo inferior do baço de ratos submetidos à esplenectomia subtotal, após OHB. **Método:** Quarenta ratos machos, Wistar, foram submetidos à ESTPI, e distribuídos em 2 grupos: grupo A (n=20), sem OHB; grupo B (n=20), submetidos à OHB. Os grupos A e B foram divididos em dois subgrupos de 10 animais cada, de acordo com a época de eutanásia: 15 dias e 45 dias. Passado esse tempo, o polo inferior do baço foi extirpado, fixado em formalina e processado em parafina para análise imunohistoquímica (IHQ) utilizando marcador de proliferação celular Ki67 e PCNA. Para correlacionar a expressão de Ki67 com a expressão de PCNA, foi calculado o coeficiente de Spearman. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética no Uso de Animais (CEUA). **Resultados:** As análises de correlação entre os marcadores nucleares, Ki67 e PCNA, revelaram que houve diferença significativa no subgrupo submetido à oxigenação de hiperbárica, no tempo de 45 dias (p=0,037), entretanto, não houve diferença nos subgrupos de animais que não foram submetidos à OHB e no subgrupo submetido à oxigenação de hiperbárica, no tempo de 15 dias (p>0,05). **Conclusão:** A correlação positiva entre a expressão de Ki67 e de PCNA foi observada nos subgrupos de animais submetidos à OHB, no tempo de 45 dias. Isso sugere que a OHB contribui para aumentar a proliferação celular, em um tempo mais tardio.

316

RESSECÇÃO ENDOSCÓPICA DE PAPILOMA ESCAMOCELULAR EM ESÔFAGO DISTAL: RELATO DE CASO

MARÍLIA DE SOUZA PENIDO, GUILHERME ANDRADE COELHO, RENATA DAMIN, RAFAEL RODRIGUES SPINOLA BARBOSA, GIOVANA LANDAL DE ALMEIDA LOBO e JULIA FURLAN ANASTÁCIO

UNIVERSIDADE POSITIVO

RESUMO: INTRODUÇÃO: O papiloma de células escamosas é uma patologia de elevada raridade do esôfago, tendo uma prevalência de cerca de 0,01 a 0,04% das lesões benignas, sendo identificado em menos de 1% de todas as endoscopias digestivas altas. Tende a acometer mais homens, em uma proporção de 2:1, e em geral na quinta a sétima década de vida. É uma lesão cuja origem é atribuída à DRGE de longa data com possível associação à hérnia hiatal. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente JMC, 60 anos, masculino, com relato de epigastralgia moderada há 01 ano e histórico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) em uso de omeprazol há 8 anos. Pelo reinício de sintomas associado à idade do paciente solicitada endoscopia digestiva alta (EDA). Resultado de pólio único em esôfago distal de cerca de 0,6cm, tendo sido realizada a ressecção completa da lesão e envio do material ao serviço de anátomo-patologia, cujo resultado foi de papiloma escamocelular. Feita nova EDA pela refratariedade de sintomas com nova presença de pólio com anátomo-patológico idêntico. Desde novo ajuste na terapia medicamentosa o paciente segue assintomático em acompanhamento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** Há poucos estudos que confirmam a correlação entre o câncer esofágico e o papiloma vírus humano. Seu diagnóstico, embora muito raro, não implica em grandes riscos ao paciente, sem evidências benéficas quanto ao emprego de protocolos de acompanhamento endoscópico ou ao uso de terapias adicionais à ressecção da lesão.

317

RESSECÇÃO HEPÁTICA DA DOENÇA POLICÍSTICA HEPATORENAL - RELATO DE CASO

BERNARDO GONÇALVES BASTIAN PINTO, RODRIGO VAZ e BRUNO VAZ

Paciente N.M.S 53 anos com história de "doença de fígado". Deu entrada no serviço de cirurgia geral do HMLJ com quadro de perda ponderal de 20kg nos últimos 4 meses associado a desconforto abdominal e disfagia para líquidos. Exame clínico: Observa-se grande aumento volumoso de fígado, palpável ha 15 cm do rebordo costal direito, indolor e palpável até região epigástrica. Realizada TC de abdome, sendo identificada doença policística hepática de grande volume associada a grande aumento de todo fígado e lobo esquerdo. Paciente submetida a tratamento cirúrgico sendo realizado destelhamento de várias lesões císticas em lobo direito e segmento IV associada a lobectomia esquerda. Não houve necessidade de clameamento do hilo hepático no per operatório (manobra de Pringle), e sem necessidade de transfusão sanguínea. Encaminhada a ITU apresentando pós operatório estável sem disfunção hepática. Iniciada dieta no 2º dia de pós operatório com ótima aceitação sem disfagia ou restrição alguma Teve alta hospitalar em seu sétimo dia de pós operatório e segue em acompanhamento ambulatorial sem complicações. **Discussão:** A doença policística hepatorenal é uma entidade infrequente e raramente necessita de abordagem cirúrgica. Na maioria das vezes quando é indicada tratamento cirúrgico, ocorre em decorrência de complicações como nesse caso. O tratamento cirúrgico na maioria das vezes se limita ao destelhamento dos múltiplos cistos existentes. Nesse caso apresentado foi necessária a opção de ressecção cirúrgica associada, condição esta raramente descrita na literatura.

318

LACERAÇÃO PERINEAL APÓS QUEDA DO JET SKI - RELATO DE CASO

JOSÉ DIAS DE CASTRO ARAUJO,

HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE

Introdução:

A popularidade dos esportes radicais aquáticos vem crescendo nos últimos anos.

Junto ao aumento na procura de passeios de jet ski, cresceu o número de acidentes relacionados a esse esporte. Os traumas mais frequentes encontrados são os traumas ortopédicos. Já os traumas perineais são raros, porém apresentam lesões mais complexas, que causam maior impacto sobre a vida dos pacientes. Dentre estes, os traumas proctológicos (reto e esfíncter anal) têm sido mais relatados.

Relato de Caso

Homem, 26 anos, trazido por amigos por meios próprios, horas depois do acidente com jet ski – estava como passageiro, quando piloto acelerou e o derrubou – referindo dor intensa com laceração importante em região perineal. Relata que não conseguiu apoiar-se em anteparo, sentindo grande pressão na região perineal, causado pelo jato da turbina e pela propulsão da queda. Percebeu grande laceração de bolsa escrotal, períneo e região anal, apresentando leve incômodo abdominal. Chega a emergência em acordado, normocárdico, normotenso, com leve dor abdominal e intensa dor em região perineal. Abdome com leve distensão, sem irritação, peristalse presente. Pelve estável. Região perineal com grande laceração de bolsa escrotal, períneo e músculos do esfíncter anal, atingindo até a mucosa do reto baixo. Toque retal sem sinal de perfuração. Pela dificuldade de urinar e pelo grande trauma de bolsa escrotal, desenhando testículos, realizada uretrocistografia, que não demonstrou lesão de uretra. Pelo grande trauma retal e esfinteriano, paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização de ostomia de proteção. Durante laparotomia, evidenciamos lesão de retossigmoide, com grande área desserosada, optando por realização de retossigmoidectomia à Hartmann. No primeiro dia de pós operatório, paciente submetido a reconstrução de bolsa escrotal, região perineal e esfíncter anal, com reconstrução dos músculos do elevador do ânus.

Conclusão:

Casos raros de lesão de períneo e do abdome inferior foram relatadas em acidentes de jet-ski quando os passageiros caíram na parte de trás do veículo. Sem equipamento adequado, o jato de água causa um trauma significativo no reto e no períneo. Especialistas em trauma recomendam mudanças nas regulamentações de segurança, que incluem melhor equipamento, maior treinamento para usuários inexperientes e melhor comportamento de proteção durante a pilotagem que os acidentes e lesões deste esporte radical não se tornem mais frequentes.

319

A ESCOLHA DA ABORDAGEM CIRÚRGICA NO LIPOMA GIGANTE DE GLÚTEO; RELATO DE CASO

RODRIGO FARIA COZENDEY MONTEIRO, YUGO DE LIMA BRANDÃO MURAKAMI

CGU

Introdução: Os lipomas são as neoplasias benignas de origem mesenquimal mais comuns na população, já os lipomas gigantes são menos frequentes. Para ser considerado um lipoma gigante este deve ter peso de no mínimo de 1.000 gramas ou medir pelo menos 10 cm em um dos seus eixos. Neste trabalho relatamos o caso de um paciente apresentando um lipoma intermuscular gigante localizado na região glútea.

Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 59 anos, sem comorbidades, buscou o serviço de cirurgia referindo aumento do volume da região glútea direita, sem queixas álgicas há aproximadamente 6 anos. Ao exame físico observou-se grande massa acometendo 2/3 da região glútea direita. Submetido a tomografia computadorizada da pelve que evidenciou lesão expansiva de limites bem definidos, medindo 24,0 x 13,0 x 9,1 cm aderida as fibras do músculo glúteo médio.

O paciente foi submetido à cirurgia para exérese da lesão sob bloqueio raquimedular, a via de acesso escolhida foi a incisão em "s" longitudinal em região lateral do glúteo direito, o tumor foi liberado da musculatura adjacente com dissecação roma e ajuda das mãos, realizada ligadura do pedículo vascular e retirada da peça cirúrgica. Procedeu-se a sutura da musculatura e da pele seguida de curativo compressivo. O paciente recebeu alta no dia seguinte sem intercorrências no pós-operatório imediato.

Em retorno ambulatorial no 7º dia de pós-operatório, com boa evolução e sem queixas, recebeu alta ambulatorial.

Conclusão: O lipoma é um tumor benigno, de crescimento lento e geralmente assintomático ainda assim deve ser abordado preferencialmente de maneira precoce, minimizando as possíveis complicações. Os lipomas gigantes são raramente encontrados e devem ser diferenciados dos lipossarcomas e outros tumores de partes moles.

O tratamento do lipoma gigante é cirúrgico e consiste na sua total excisão sob visão direta. Neste paciente tivemos a oportunidade de realizar uma abordagem que priorizasse a questão estética com bastante segurança, lembrando que com a incisão em "s", pôde se obter ampla exposição do campo operatório, uma vez que o nervo isquiático mantinha relação próxima com o tumor, além de menor tensão sobre a sutura, resultando em boa cicatrização e satisfatório aspecto estético no pós-operatório.

Por se tratar de uma incisão que fica totalmente encoberta pela roupa íntima ou roupa de banho podemos afirmar que esta técnica é uma opção viável e deve ser considerada sempre que possível.

320
COMPLICAÇÕES ENCONTRADAS EM PACIENTE SUBMETIDA À DERIVAÇÃO GÁSTRICA EM Y-DE-ROUX COM ANEL

VITOR DOS SANTOS DANTAS, NATALIA MARIE MINEHIRA, LUCAS RODRIGUES PEREIRA PAES LEME e ANDRÉ LUIZ PEREIRA PAES LEME

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF

Introdução: A derivação gástrica laparoscópica em Y-de-Roux é considerada padrão-ouro para tratamento da obesidade mórbida. Uma variação dessa técnica utilizando um anel na bolsa gástrica foi criada na tentativa de evitar complicações futuras, como esvaziamento gástrico acelerado e recuperação do peso perdido. O presente relato refere-se a uma paciente operada por outros profissionais que chegou ao consultório com rica sintomatologia dez anos após o procedimento com anel. Os autores apresentam esse caso junto a uma breve revisão dos resultados obtidos na literatura comparando as duas técnicas.

Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 33 anos, com derivação gástrica em Y-de-Roux com anel (BRYGB) em bolsa gástrica há dez anos, apresentou após a cirurgia disfagia, perda de peso expressiva, depressão e vômitos, os quais pioraram recentemente. À consulta pré-operatória, paciente apresentava 36,5 kg, IMC de 17,12 kg/m² e hipertireoidismo subclínico. Realizou-se seriografia de esôfago, estômago e duodeno e endoscopia digestiva alta, que mostraram migração do anel do meio do corpo gástrico para anastomose gastrojejunal. Foi decidido retirar o anel gástrico por via laparoscópica, tendo a paciente evoluindo bem após o procedimento.

Conclusão: A maior perda de peso na BRYGB em relação à técnica sem o anel é um resultado conflitante entre estudos na literatura. Apesar disso, é frequente o relato de maiores complicações da BRYGB quando comparado à técnica sem anel. Disfagias, como a apresentada pela paciente, deve-se à dificuldade dos alimentos, principalmente, sólidos, como proteínas e fibras, passarem pela luz gástrica estreitada. Além disso, os vômitos são frequentes no BRYGB, explicado pelo preenchimento acelerado da câmara gástrica devido ao retardo em seu esvaziamento. Outra complicação possível da técnica cirúrgica em questão é a migração do anel, que, assim como ocorrido com a paciente, costuma se deslocar até a junção anastomótica gastrojejunal, exacerbando a sintomatologia prévia. A remoção por via aberta, endoscópica ou laparoscópica do anel representa procedimento terapêutico nesses casos. Diante das complicações apresentadas pela paciente e dos dados observados na literatura, os autores acreditam que são escassos os estudos que indiquem benefícios maiores da BRYGB frente à técnica sem anel de forma suficiente para a primeira superar a indicação cirúrgica desta última.

321
TRATAMENTO DE TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL COM RECONSTRUÇÃO COMPLEXA DA PAREDE. RELATO DE CASO.

EVA CAROLINE MELO ROLIM,

UNESA/HMLJ

Resumo: Paciente J.S.L., 27 anos da entrada no serviço de cirurgia geral do HMLJ com quadro de dor abdominal, com perda ponderal de 10 kg em um mês. Exame clínico: observa-se volumosa massa palpável em fossa ilíaca direita. Realizado RNM do abdome sendo identificada tumoração na parede abdominal 10X10x7,5cm, envolvendo todos os grupos musculares de parede abdominal sem contiguidade com cavidade peritoneal. Paciente submetida a ressecção da massa em bloco com margens livres com grande ressecção de parede abdominal. No mesmo tempo cirúrgico foi submetida a reconstrução de parede abdominal. Realizada separação de componentes posterior associada a separação de componente anterior e posterior com fechamento da linha média e colocação de tela sublay e onlay. Evolui satisfatoriamente sem complicações. **Histopatológico:** tumor desmóide. **Discussão:** As tumorações de parede abdominal podem oferecer grande desafio em grande reconstruções de parede abdominal, como relatada nesse caso. O tumor desmóide é uma lesão frequente em casos similares. Trata-se de uma neoplasia originada do tecido conjuntivo, também conhecida com fibromatose músculo-aponerótica. Possui característica de não possuir potencial metastático, porém apresentam altos índices de recorrência e de crescimento loco-regional, e, consequentemente, destruição de estruturas vitais. E neste caso foi necessário uma reconstrução complexa da parede abdominal para que a parede abdominal voltasse a ser funcional. Podem ser utilizadas diversas técnicas cirúrgicas, tais como colocação de telas especiais, utilização de toxina botulínica e neste caso foram utilizadas técnicas de separação de componente posterior associada a separação de componente anterior e posterior com fechamento da linha média e colocação de tela sublay e onlay pelo fato de ter sido um tumor de tamanho atípico e tentando trazer a funcionalidade da parede abdominal de volta para o paciente.

322
ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE COLECISTECTOMIA NO ESTADO DO RJ ENTRE 2008 E 2018

IGOR ANDRE TELLES DA CUNHA, FERNANDO CÉSAR DA COSTA DUARTE, LEANDRO BONECKER LORA, PRISCILLA SOUZA DA CRUZ, JOÃO RENATO CARDOSO MOURÃO, PAULA SAMPAIO DE AZEVEDO e SAMY CHITAYAT

UNIGRANRIO

INTRODUÇÃO: Estima-se que sejam realizados, anualmente no país, cerca de 200.000 procedimentos de colecistectomia, seja por cirurgia convencional ou por videolaparoscopia. A convencional é realizada por laparotomia, mais comumente por incisão transversa subcostal. Já a colecistectomia videolaparoscópica, atualmente, se caracteriza como a técnica mais empregada para o tratamento da colelitíase, sendo realizada por incisão arciforme supra-umbilical.

OBJETIVOS: O objetivo desse trabalho é apresentar dados estatísticos coletados de procedimentos cirúrgicos de alta prevalência e importância para a saúde pública.

MÉTODO: Análise observacional, estatística, descritiva e transversal dos dados do DATASUS entre o período de janeiro de 2008 à junho 2018, segundo o Sistema de Informação Hospitalar.

RESULTADOS: No período analisado ocorreram, no estado do Rio de Janeiro, 113.445 internações para realização de colecistectomia aberta ou por videolaparoscopia (4,64% do total de internações por procedimentos cirúrgicos). O tempo médio de hospitalização foi de 4,5 dias. Ao realizar um panorama cronológico, observa-se que 9.419 internações foram em 2008; 10.197 em 2009; 11.228 em 2010; 11.014 em 2011; 11.252 em 2012; 10.803 em 2013; 10.884 em 2014; 11.748 em 2015; 10.721 em 2016; 10.933 em 2017; e 5.246 em 2018. Destas, 39.205 internações (34,55%) foram precedidas de atendimentos com caráter de urgência. Foram identificados 647 óbitos com manutenção da taxa de mortalidade média de 0,57 por 10.000 habitantes. Ainda, as intervenções cirúrgicas abertas e por videolaparoscopia foram custeadas, pelos regimes público (47,76%), privado (26,93%) e ignorado (25,29%), com o montante médio anual de R\$ 8.572.892,47. Foram aprovadas anualmente cerca de 10.819 autorizações de internações hospitalares, com valor médio de R\$ 799,33 por internação.

CONCLUSÃO: Apesar dos riscos, a colecistectomia é uma técnica difundida e decisiva no tratamento da impatência de cálculo no infundíbulo da vesícula ou no ducto cístico com inflamação das vias biliares. Estudos prospectivos indicam que a protelação da cirurgia acarreta piores desfechos. A taxa de mortalidade é considerada baixa diante do benefício da intervenção, caracterizando a importância da rapidez no diagnóstico, preparo e indicação cirúrgica. Atualmente, com a evolução da técnica e do instrumental e com a maior experiência dos cirurgiões, a colecistectomia pode ser realizada com maior segurança mesmo na presença de complicações da doença.

323
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE LAPAROSCOPIA E LICHENSTEIN NO TRATAMENTO DA HÉRNIA INGUINAL.

ANA PAULA FERNANDES BRAGA, CARLOS AUGUSTO GOMES e CAMILA GIACOMELLE THOMPSON

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR

Fundamentação: A correção cirúrgica das hérnias inguinais se constitui no procedimento operatório mais realizado no mundo e apenas duas técnicas de reparo estão validadas na atualidade. Neste contexto, poucos estudos comparam resultados precoces entre a técnica de Lichtenstein, validada há décadas, com a laparoscopia (TAPP), mais recente, menos difundida, menos invasiva e que necessita de uma curva de aprendizagem mais demorada.

Objetivo: Comparar o pós-operatório imediato da técnica laparoscópica com a de Lichtenstein, para fornecer evidências que contribuam na decisão do cirurgião de qual procedimento escolher.

Metodologia: Os pacientes foram divididos em grupo 1, laparoscopia (114 pacientes) e, grupo 2, Lichtenstein (35 pacientes). Dados foram coletados por meio de prontuários, quanto à evolução no pós-operatório imediato, e por contato telefônico após alta hospitalar. Para verificar a associação entre as variáveis, foi realizado o teste do Qui-Quadrado de Independência, cujo nível de significância é p-valor ≤ 0,05.

Resultados: Laparoscopia apresentou maior tempo operatório, menor permanência hospitalar, menos dor e foi escolhida preferida em casos de recidiva, bilateralidade, hérnia umbilical associada ou obesidade. Já Lichtenstein foi mais prevalente em maiores de 55 anos e os pacientes tiveram menor tempo de retorno ao trabalho. Classificação de Nyhus, complicações operatórias e de sítio cirúrgico não foram diferentes em relação ao tipo de cirurgia.

Conclusão: Em acordo com a literatura, o prognóstico precoce de pacientes submetidos à laparoscopia é melhor quando comparado com Lichtenstein, devendo ser a primeira escolha. Porém, em pacientes idosos ou com comorbidades, Lichtenstein tem suas vantagens, devido raquianestesia ou anestesia local. Este estudo também mostra que é possível alcançar altos padrões, mesmo durante a fase de aprendizagem do cirurgião, se houver uma adesão rigorosa aos protocolos.

324

FÍSTULA AGUDA EM GASTRECTOMIA VERTICAL ASSOCIADA A COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: RELATO DE CASO

MARIELE RIBEIRO NUNES, FERNANDA LARA BORGES, RAFAEL GAYO PEREIRA, ARIELE SOUZA MELO, LUCAS GAYO PEREIRA, CAMILA ARAÚJO GOMES, FÁBIO MAGY MENDES FILHO e CARLOS EDUARDO DE CASTRO AREAL

Introdução: A Gastrectomia Vertical calibrada é atualmente, uma cirurgia promissora do arsenal de tratamento cirúrgico da obesidade. Dentre as comorbidades correlacionadas a obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus são as mais relevantes, no entanto por ser um procedimento eletivo, durante o minucioso pré-operatório, outras comorbidades como a colelitíase são por vezes encontradas. Existem pontos de vista diversos sobre a abordagem cirúrgica da obesidade e colelitíase em único tempo. Expomos nossa experiência neste relato.

Relato de Caso: Paciente S.S.M., sexo feminino, 33 anos, profissional da área da saúde, com quadro de obesidade grau II, submetida desde a infância a inúmeras tentativas de emagrecimento, com resultados frustrantes que corroboraram com artralgia de joelhos, transtornos dispépticos e principalmente psicossociais. O diagnóstico pré-operatório de colelitíase associado ao desejo da mesma de tratamento em única abordagem, levou a equipe a estudar tal proposta individualizando o caso junto a experiência do serviço. Optou-se então pela realização de gastrectomia vertical e colecistectomia videolaparoscópicas em primeiro tempo. A cirurgia decorreu com satisfatória duração, sem complicações peroperatórias ou no pós-operatório, no entanto, evoluiu no terceiro dia com quadro de taquidispnéia, dor torácica, taquicardia e dessaturação, sendo prontamente submetida a propedeutica de imagem. Realizada TC que evidenciou extravasamento de contraste em região de ângulo de His, diagnosticando fístula gástrica aguda. A reoperação imediata para tratamento da fístula, por meio de drenagem, foi realizada com sucesso e a paciente encaminhada ao centro de tratamento intensivo, onde foi devidamente manejada nos dias subsequentes, que precederam a implantação da prótese, totalmente recoberta via endoscópica, evoluindo a partir de então com melhora clínica progressiva e alta hospitalar.

Conclusão: Mesmo sendo o sleeve gástrico uma opção de maior facilidade técnica e menor tempo cirúrgico, esse procedimento tem complicações importantes e de difícil resolução. Associar a CVL em mesmo ato adiciona maiores riscos. Tratar fístulas proximais com stent vem sendo relatado como opção ideal em relação ao tratamento conservador, reduzindo tempo de internação hospitalar e consequente retorno precoce do paciente às atividades cotidianas. O sucesso com o uso da prótese nos motivou ao compartilhamento.

325

LOW PHOSPHOLIPID-ASSOCIATED CHOLESTASIS AND CHOLELITHIASIS: UM RELATO DE CASO.

FERNANDA COUTINHO KUBASKI, MATHIAS SILVESTRE DE BRIDA, FABIANA JAEGER, LAURA ZAGO MUNHOZ e FELÍCIA ROBERTA SÁ BRITTO ANTUNES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Introdução: A desordem genética conhecida como Low phospholipid-associated cholestasis and cholelithiasis (LPAC) é uma hipótese a ser considerada em casos de litíase hepática, tendo seu diagnóstico classicamente firmado a partir da associação de pelo menos dois critérios entre: história familiar de colelitíase em parentes de primeiro grau, início dos sintomas antes dos 40 anos, recorrência de sintomas biliares após colecistectomia, evidência em exame de imagem de cálculos intra-hepáticos e história de colestase intra-hepática gestacional. O tratamento envolve o uso de ácido ursodesoxicólico, que costuma induzir importante melhora clínica. **Relato de Caso:** Paciente J.V.M., sexo masculino, 58 anos, sem patologias conhecidas, com história familiar de colelitíase e histórico de episódios de cólica biliar desde os 28 anos. Colecistectomizado em 2012 por colelitíase supurada, sucedida por três episódios de abscessos hepáticos. Foi diagnosticado com litíase intra e extra-hepática múltipla associada a dilatação de vias biliares por colangiressonância magnética realizada em 2018, sendo, portanto, submetido a colangiografias transcutâneas seriadas em abril de 2018 para retirada dos cálculos. Em uso de ácido ursodesoxicólico há cerca de 3 meses, reinternar assintomático em julho de 2018 para realização de nova colangiografia transcutânea. Nessa ocasião foi aventada hipótese de LPAC, e o paciente recebeu alta hospitalar com seguimento junto ao ambulatório de cirurgia do aparelho digestivo com possibilidade de derivação biliogestiva considerando a persistência de um cálculo intra-hepático de 3 cm em via biliar no lobo esquerdo do segmento três. **Conclusão:** LPAC deve fazer parte do diagnóstico diferencial de casos de litíase intra-hepática pós-colecistectomia. É uma síndrome rara, especialmente no sexo masculino, de cunho genético, associada a mutação do gene ABCB4. Em cerca de 40% dos casos a mutação não é identificada, portanto, sua ausência não exclui o diagnóstico. Diante disso, não foi solicitada investigação genética neste caso e o diagnóstico foi firmado pelas características clínicas e exames de imagem, preenchendo os critérios necessários. O prognóstico de tais pacientes está associado à resposta ao ácido ursodesoxicólico e à presença de dilatação das vias biliares, que pode, como no caso exposto, exigir drenagem na via biliar.

326

A INVERSÃO DOS FATOS: CÂNCER GÁSTRICO COM METÁSTASE MAMÁRIA - RELATO DE CASO

BÁRBARA VITALI DE MATTOS PEREIRA, LAIS RISCADO SALDANHA, ANTONIO DE ANDRADE SIMÃO, NÁBIA MARIA MOREIRA SALOMÃO SIMÃO, ELIZABETH CRISTINA ALVES UHL e RODOLFO LOUREIRO BORGES DE SOUZA

FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS

O câncer gástrico é mais frequente no sexo masculino, entre 50 e 70 anos de idade, sendo raro antes dos 35 anos. O tipo histológico mais comum é o adenocarcinoma gástrico. Pela classificação de Lauren, podem ser subdivididos em: Intestinal (tumor bem diferenciado com estruturas glandulares, sendo o subtipo mais comum no Brasil) e Difuso (tumor indiferenciado, infiltrativo, apresentando células em anel de sinete e de pior prognóstico por ter metástases precoces). Está relacionado com mutação do CDH1 e e-caderina. Os principais sítios de metástase são: pulmão, fígado e peritônio.

S. R. B., 35 anos, puérpera (cesariana há 12 dias), com doença hipertensiva específica da gravidez, em tratamento hospitalar pós-parto para mastite bilateral (10 dias de cefepime), foi admitida na UTI com quadro de insuficiência respiratória devido a pneumonia hospitalar e hipótese diagnóstica de câncer de mama com provável metástase óssea de acordo com tomografia de tórax realizada no mês anterior, evidenciando lesões líticas disseminadas em coluna dorsal, esterno e arcos costais, com linfonodomegalias e derrame pleural bilateral. Iniciado clindamicina, ceftazidima e claritromicina além de ser realizada uma biópsia de mamas logo em sua entrada da UTI, sendo solicitado histopatológico e imunohistoquímica evidenciando carcinoma invasivo com células em anel de sinete. Paciente evoluiu o quadro com insuficiência respiratória progressiva, agravamento da condição clínica e iniciando quadro de insuficiência renal aguda, onde foi realizada uma nova tomografia de tórax e abdome evidenciando espessamento parietal no antro gástrico e implantes secundários ósseos, peritoniais e linfonodais. Obteve melhora clínica com antibioticoterapia instituída. O resultado da imunohistoquímica evidenciou e-caderina positivo, estrogênio e progesterona ambos negativos. A associação deste resultado com exames de imagem reforçou a hipótese diagnóstica de neoplasia primária gástrica com metástase para mamas e ossos, definindo assim, um tratamento paliativo. A paciente evoluiu novamente com piora clínica vindo a óbito 15 dias após sua entrada na UTI.

Trata-se portanto, de um caso raro, pela mudança na ordem dos fatos normalmente estudados na literatura. Por se tratar de uma paciente do sexo feminino, jovem, sem fatores de risco, tendo como diagnóstico final neoplasia gástrica invasiva com células em anel de sinete e metástase para mamas e ossos. Sendo um quadro de difícil diagnóstico e condução.

327

APLICABILIDADE E LIMITAÇÕES DA ROBÓTICA NA CIRURGIA PEDIÁTRICA

MILENA AUGUSTA FONSECA CABRAL, JEFFERSON SING TOLEDO JUNIOR, DEBORA COHEN ZAIDE, LETICIA ALVES MACHADO e ISADORA MARQUES DE SOUZA OLIVEIRA

ESTACIO DE SÁ - LAPA

Introdução: A Cirurgia Minimamente Invasiva (CMI) se tornou uma realidade entre os cirurgiões e é cada vez mais um desejo dos próprios pacientes, pois apresenta menor agressão aos tecidos do corpo, tem menores incisões, o que gera menores cicatrizes e tempo de recuperação do paciente. Essa intervenção cirúrgica começou a ser difundida no final da década de 80 e a partir disso, na década de noventa, ocorreu a chamada revolução cirúrgica, e diversos centros especializados passaram a realizar os procedimentos laparoscópicos. Atualmente, essa tecnologia não é mais questionada, sendo considerada hoje como o padrão ouro para diversos sistemas e especialidades. Entretanto, nos países em desenvolvimento, há diversos obstáculos que impedem a CMI seja difundida. Entretanto, no Brasil, a CMI passou a ter mais alcance a partir da introdução da laparoscopia no serviço do Hospital das Clínicas de São Paulo, em outubro de 1990. Com a evolução tecnológica constante a CMI deve passar por uma nova "revolução cirúrgica", com a mudança do padrão laparoscópico para robótico. Há diversas vantagens da cirurgia robótica (CR) em comparação com o modelo de CMI tradicional. Contudo, ainda há limitações para que essa técnica possa ser implementada. A robótica tem sido explorada principalmente em adultos e adolescentes e, menos comumente, na população pediátrica, porque esta população tem fatores complicadores adicionais. Além disso, os robôs cirúrgicos por algum tempo não tinham sido adaptados para o uso em crianças. Assim, tendo sido lento o desenvolvimento da CR no âmbito pediátrico. **Objetivo:** Analisar a aplicabilidade de cirurgia robótica na cirurgia pediátrica e entender as limitações do uso dessa tecnologia no Brasil. **Metodologia:** Revisão bibliográfica em bases científicas como Scielo, Pubmed e Google acadêmico, a partir de 2008, tratando sobre a relevância da cirurgia robótica aplicada à cirurgia pediátrica. **Conclusão:** Portanto, fica evidente que estamos vivendo a segunda revolução cirúrgica. A cirurgia robótica já é uma realidade nos grandes centros, além de se já estar consolidada nas cirurgias urológicas, digestivas e em cabeça e pescoço para a população adulta, e com tendência a se tornar padrão ouro para pacientes pediátricos, após superação das limitações técnicas e financeiras específicas. Logo, é necessário que haja um estímulo em pesquisas sobre CR, principalmente em países em desenvolvimento, para que possamos comparar seus benefícios e malefícios com a laparoscopia.

328
TRATAMENTO CIRÚRGICO EM COMPLICAÇÕES DE DIVERTICULECTOMIA SUPRA-DIAFRAGMÁTICA RAMON GAUTIERE CARNEIRO DE SOUZA, SABRAJ OTÁVIO CLEMENTE DUTRA, MICHELE MEDEIROS DEMUTTI, ROBERTO OSMAR DE CASTANHEDES ESTEVES, LIA ROQUE ASSUMPTÃO, THIAGO BOECHAT DE ABREU e JOÃO PEDRO DE ARAÚJO SIMÕES CORRÊA <i>EXÉRCITO BRASILEIRO - HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO</i> Introdução: A ruptura esofágica é uma condição clínica pouco comum entretanto quando ocorre, seja por iatrogenia ou espontânea, é um evento que requer abordagem precoce pois sua morbidade e mortalidade podem chegar a 60%. O intervalo entre a ruptura e o tratamento proposto é o fator prognóstico mais importante no manejo desta enfermidade, desta forma, objetiva-se a intervenção em até vinte e quatro horas. Outros fatores associados à gravidade do quadro incluem a porção esofágica acometida (lesões cervicais são menos agressivas que as torácicas e as abdominais) e a condição clínica de base do paciente. Ainda, discute-se muito qual seria a melhor abordagem terapêutica para a perda da integridade da parede esofágica, não existindo consenso ou uma técnica considerada padrão ouro. A literatura permanece divergente quanto à abordagem cirúrgica agressiva (antibioticoterapia de amplo espectro associada à drenagem da cavidade acometida e à nutrição parenteral total) como alternativa à abordagem cirúrgica agressiva. E, ainda que esta seja a abordagem utilizada, não existe consenso quanto a melhor técnica para correção do defeito. Este artigo tem por objetivo descrever o caso de paciente que evoluiu com mediastinite após deiscência anastomótica de diverticulotomia e discutir sua escolha terapêutica. Relato de caso: F. A. A., feminino, 60 anos, com antecedente de hernioplastia hiatal em junho de 1996, em seguimento por Doença do Refluxo Gastroesofágico. Foi abordada cirurgicamente em 16/06/2016, durante a qual foi evidenciado divertículo na porção supra-diafragmática do esôfago, prosseguindo com a diverticulotomia. Houve uma boa evolução clínica no pós-operatório, até o 7º dia, quando suspeitou-se de fístula que foi confirmada por tomografia de tórax com extravasamento de contraste oral. Optado por toracotomia de urgência que diagnosticou a deiscência completa da linha de grampo, fez-se então o reparo da lesão, drenagem torácica e mediastinal, optou-se por esofagostomia, gastrostomia descompressiva e jejunostomia para alimentação. Conclusão: Os divertículos epifrênicos se localizam geralmente nos 10 cm distais do esôfago torácico inferior. Quando sintomáticos está indicado o tratamento cirúrgico que consiste de diverticulotomia, associado ou não a miotomia do esôfago. Apesar das complicações associadas nesse caso, foi constatada uma boa evolução no pós-operatório da abordagem cirúrgica que ocorreu em decorrência do insucesso da diverticulotomia.

330
TRAUMA PÉLVICO COMPLEXO POR ACIDENTE COM JETSKI - RELATO DE CASO BERNARDO GONÇALVES BASTIAN PINTO, BRUNO VAZ e RODRIGO VAZ Relato: Paciente B.S.P.S, 26 anos, da entrada no serviço de emergência do HMLJ com história de queda de jetski, quando sentado em carona, que resultou em trauma pela pressão da água do motor em sua região perineal. Ao exame: BEG, LOTE, se queixando de muita dor local. Presença de laceração em pele testicular e perineo, com exposição de testículo esquerdo com preservação de funículo espermático bilateral e sem lesão do mesmo. Testículo direito separado por septo e dentro de saco escrotal. É observada também extensa lesão em região perineal, se estendendo de base de saco escrotal até região anal, com comprometimento de musculatura levantadora de ânus e esfinteriana. Realizada uretrocistografia retrógrada sem evidências de lesão uretral. Paciente é levado ao centro cirúrgico, onde é realizada a primeira cirurgia reparadora de perineoplastia onde foi realizada liberação de retossigmoides, secção de alça até alça viável de reto alto com stapler, secção de retossigmoides, confecção de orifício de ostomia. No dia seguinte na segunda reabordagem é realizada laparotomia exploradora com incisão transumbilical mediana para sutura de músculo puboretal, músculo pubococcígeo, epitélio de esfíncter anal, tentado confeccionar esfíncter anal, sutura de subcutâneo de perineo, pexia de testículo em leito do mesmo em bolsa escrotal, sutura de bolsa escrotal e epitélio de perineo, frente a Grande laceração de perineo anterior e posterior com exposição de bolsa escrotal, laceração de ânus, com exposição de mucosa de reto, exposição de gordura de glúteo bilateral até o cóccix, grande área desserosada de retossigmoides. Atualmente paciente se encontra de alta com acompanhamento ambulatorial, após 16 dias de internação para controle local de ferida. Discussão: Por mais que traumas com quedas de jetskis sejam relativamente incomuns, quando ocorrem, podem causar lesões severas frente a grande velocidade e tração exercida sob o tecido, como é exemplificado no relato de caso. Paciente segue bem após reconstrução, porém diversas estruturas afetadas fazem seu caso ser atípico, frente a grande extensão da lesão.

329
CONDUTA NA QUEIMADURA POR PICHE MILTON PEREIRA DE ARAUJO JUNIOR, ANA FLÁVIA MARTINS CRUVINEL e VINÍCIUS FERREIRA PIRES BUENO <i>FACULDADE MORGANA POTRICH - FAMP</i> Introdução: A queimadura é um trauma que atinge o maior órgão do corpo humano, a pele, causada por agentes físicos ou químicos e a gravidade é proporcional à intensidade da ação do agente, do tempo de exposição e da superfície corpórea atingida. O piche quente ainda é um desafio clínico entre os tipos de lesão térmica. De acordo com a literatura, o ponto de ebulição do piche de pavimentação é de 140°C. Na ocasião em que o piche quente entra em contato com a pele, resfria e se solidifica grudando na mesma. Na temperatura citada acima ocasionará queimaduras, e se o piche continuar sobre a pele ainda quente, poderá agravar o grau da lesão. Relato de caso: Paciente J.P.M., sexo masculino, 47 anos, caminhoneiro, com queimaduras de segundo grau na cabeça, tronco, antebraço, mão e de terceiro grau no punho decorrente do derramamento de piche. Foi atendido inicialmente no Hospital Municipal de Mineiros-GO, após duas horas foi transferido para o Hospital das Clínicas Dr. Neves, onde o resfriamento com soro fisiológico frio foi realizado pela primeira vez. No entanto, houve o debridamento das queimaduras de segundo e terceiro grau. As queimaduras de primeiro grau não possuem flictema, portanto foi utilizado curativos embebido a vaselina, sendo substituídos diariamente, até a remoção do piche. A partir de então, seguiu-se o protocolo de atendimentos a queimados convencional, tendo alta no 15º dia. Conclusão: A conduta correta no tratamento foi importante para a evolução favorável deste caso, o resfriamento imediato de queimaduras por piche e a remoção por desbridamento e através de curativos com vaselina líquida, mostraram-se eficazes para a remoção total do piche, permitindo posteriormente a conduta do caso como uma queimadura de segundo e terceiro grau de forma habitual.

331
OBSTRUÇÃO INTESTINAL DEVIDO A BRIDAS RECIDIVANTES: UMA ABORDAGEM DIFERENCIADA MARIANA LOPES OLIVEIRA, PATRICIA LEFEVRE SCHMITZ, MARIA MARIANA MUNIZ JORGE, VITOR COSTA FEDELE, WILLIAM DA CUNHA AMARAL, ROBSON LUIS FERREIRA DE MELO JÚNIOR, GABRIEL DIAZ DE MIRANDA e RAUL GUILHERME AZEVEDO MACEDO <i>FACULDADE DE MEDICINA DE PETROPOLIS</i> Introdução: Bidas secundárias a cirurgias abdominais são a causa mais frequente de obstrução intestinal. Sua gênese ocorre quando há descontinuidade da integridade peritoneal e é iniciada resposta cicatricial para reparo do defeito causado na sua superfície. A técnica cirúrgica preconizada para reverter aderências de delgado é lise de bidas associada a enteronastomose e enterorráfia. Relato do caso: Masculino, 48 anos, com história de reparo cirúrgico duodenal após trauma abdominal. Apresentou obstrução intestinal, sendo submetido à laparotomia exploradora (LE), revelando múltiplas bidas e hérnia na transição jejunoileal. Realizada lise de bidas e desfeita hérnia interna. Evoluiu com recidiva do quadro obstrutivo precocemente, feita nova LE, visualizando grande bloqueio inflamatório com bidas fixas sem planos de clivagem. Na lise das bidas houve lesão inadvertida de delgado na altura do jejuno. Optado por interromper cirurgia, fazer derivação no local da lesão e jejunostomia (JTM). Evoluiu com piora clínica e laboratorial, transferido para UTI para manejo clínico e, após estabilização, submetido a nova LE, onde se evidenciou abscesso subcutâneo, deiscência de aponeurose, secreção pio-hemática volumosa subcutânea e abdome congelado, acessível apenas em fossa ilíaca esquerda. Iniciada vancomicina e confeccionada peritoneostomia, com subseqüentes lavagens da cavidade abdominal, até fechamento total da aponeurose. Paciente evoluiu com melhora gradual, em NPT, com tentativa de dieta por sonda na JTM, sem sucesso, e eliminando flatos. Após três dias foi iniciada dieta oral líquida de prova, bem aceita, e evolução satisfatória. Foi realizada a reconstrução do trânsito intestinal, através da técnica adaptada de Fang K, com o fechamento da JTM e fixação à aponeurose para maturação em subcutâneo e melhor vigilância, com colocação de dreno de Penrose. Paciente evoluiu bem, com alta hospitalar, para acompanhamento ambulatorial. Conclusão: Devido às recidivas frequentes de bidas e evolução conturbada, optou-se pela adaptação da técnica de Fang K (usada em derivações biliodigestivas) para a reconstrução do trânsito intestinal. Dessa forma, foi posicionada a anastomose em subcutâneo, fixando a alça em aponeurose e colocado dreno de Penrose para monitorizar e orientar para meio externo eventual fístula entérica para, em caso de novo quadro obstrutivo, proceder enterostomia descompressiva.

332

FÍSTULA ESOFAGOTRAQUEAL TRAUMÁTICA:RELATO DE CASO

LAILA MAGLIANO LEITE, RODRIGO VAZ DE MELLO e BRUNO VAZ DE MELLO

HMLJ

Paciente BP, sexo feminino, 20 anos, deu entrada no Politrauma do HMLJ trazido pelo GSE com prancha rígida, colar cervical, vítima de PAB em região cervical anterior esquerda (Zona II) e laceração em MSE. Na admissão: Tinha saída de ar pela ferida da região cervical, taquipneica, taquicárdica e ECG de 13. Foi realizado IOT na sala de reanimação e encaminhada ao Centro Cirúrgico.

No ato cirúrgico foi encontrado lesão de esôfago com secção muscular e mucosa (aproximadamente 70% do diâmetro), lesão traqueal de 50%; não havia lesão de grandes vasos. Síntese de esôfago em 2 planos + síntese de traqueia com Vicryl 3.0 em porção membranosa e Prolene 3.0 em porção cartilaginosa; patch com músculo omohioideo entre esôfago e traqueia e após, instalado dreno misto em topografia esofágica.

Paciente foi admitida em UTI, com várias tentativas de desmame ventilatório. Durante tentativa de desmame sedativo, paciente se extubou de forma inadvertida, evoluindo com dessaturação e sendo novamente reintubada; TOT por 12 dias e saída de ar pela ferida após reintubação.

Reabordagem pela incisão cervical + Traqueostomia. No ato operatório: Área de fibrose prévia, lesão traqueal com exposição de cuff de tubo orotraqueal e lesão esofágica de aproximadamente 50% de circunferência. Traqueostomia com passagem de cânula nº 9 em local de lesão traqueal, rafia e aproximação de bordos esofágicos com confecção de esofagostomia com dreno de Kehrl, deixado 2 sítios de dreno de Penrose em local de esofagostomia.

Paciente readmitida em UTI, se mantendo estável e retirada sonda de dia seguinte. Iniciada NPT; Apresentou bastante secreção salivar em ferida operatória e Penrose.

Paciente submetida a nova Reabordagem pela incisão cervical + Gastrostomia alimentar. Foi encontrado Deiscência de sutura traqueal e esofágica prévia, lesão traqueal bordeando cânula de TOT, com 60% de extensão (principalmente região anterior), lesão de esôfago de aproximadamente 80% (parede anterior), com 10cm de extensão. Rafia primária de traqueia, esofagostomia na pele, patch de ECOM entre traqueia e esôfago e confecção de gastrostomia.

Paciente retorna para UTI, estável hemodinamicamente; Rapidamente retirada ventilação mecânica, mantendo paciente em ar ambiente; Esfagostomia funcionante, sendo feito curativo diário com colocação de bolsa de colostomia.

333

TRAUMATISMO PENETRANTE DE RAMO DA ARTÉRIA TIREOCERVICAL

THIAGO LOPES FIRMINO PINTO, RODRIGO DE ANDRADE VAZ DE MELO

HMLJ

Introdução:

Traumatismo penetrante dos vasos subclávios é raro, mas associado a alta mortalidade. O diagnóstico pode ser difícil, e o tratamento complexo, pois é uma região contendo muitas estruturas próximas, como plexo braquial e veia subclávia, sendo a escolha do acesso cirúrgico fundamental. Nesse relato, apresentamos um caso de traumatismo de ramo da artéria subclávia direita por projétil de arma de fogo (PAF), descrevendo o diagnóstico e tratamento realizados.

Relato de caso:

Homem, 25 anos, vítima de PAF em região cervical (Zona I) com 2 feridas: uma na face supraescapular e, outra supraclavicular direita. Paciente taquicárdico, taquipneico e hipotenso. Lesão com fratura de clavícula, hematoma, sangramento ativo, frêmito e sopro, com pulso radial amplo. Realizado toracostomia direita, com 250ml de secreção hemática. Em virtude do exame vascular, foi levado para o bloco cirúrgico, realizado arteriografia, evidenciado "blush" arterial em topografia de ramo de artéria subclávia. Optou-se por uma abordagem supraclavicular, com controle distal (acesso axilar) e proximal (próximo do esterno) para drenagem do hematoma com fechamento da fístula.

Conclusão

Esternotomia associada a incisão supraclavicular é a abordagem cirúrgica clássica de trauma em Zona I. Instabilidade hemodinâmica ou alto risco de lesão vascular (hemorragia, ausência de pulso, hematoma em expansão, frêmito e sopro) têm indicação cirúrgica de emergência. O diagnóstico pode ser por angiografia (padrão ouro) ou angiotomografia (mais acessível). No caso apresentado, a presença de sinais de alto risco de lesão vascular determinou a cirurgia de emergência, com acesso por via supraclavicular, que permitiu rápido acesso à hemorragia e correção da lesão. Trauma em subclávia é grave, por isso, é essencial o diagnóstico e tratamento rápidos. O diagnóstico deve ser acentuado em toda lesão de zona I, sendo a abordagem cirúrgica indicada em pacientes instáveis ou com alto risco para lesão vascular.

334

REPERCUSSÃO DA LESÃO DE COLÉDOCO NA VIDA DE UMA PACIENTE

VITOR DOS SANTOS DANTAS, NATÁLIA MARIE MINEHIRA

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF

Introdução: A colecistectomia é uma das cirurgias gastrointestinais mais realizadas no mundo, sendo a abordagem laparoscópica padrão-ouro. Dentre as complicações existentes da cirurgia, a lesão de colédoco é uma complicação grave que impacta negativamente a qualidade de vida do paciente. No presente relato de caso, os autores buscam apresentar e discutir uma série de complicações ocorridas com uma paciente que teve lesão de colédoco no intraoperatório, muitas das quais extremamente raras, porém de alta gravidade, e que continuam a repercutir na vida dela depois de ocorridos mais de 10 anos da cirurgia inicial.

Relato do caso: Paciente, do sexo feminino, com colecistectomia laparoscópica em 2004, complicada com lesão de colédoco no intraoperatório e conversão para derivação bilio-digestiva, a qual evoluiu com estenose da anastomose colédoco-jejunal acompanhada de síndrome colestática e episódio de colangite. Foi submetida à colangiografia trans-parieto-hepática, apresentando no dia seguinte choque hipovolêmico. Desenvolveu pseudoaneurisma, sendo submetida à arteriografia e embolização, apresentando depois abscesso subfrenico à direita. Um ano após a alta, a paciente retornou com quadro de cólicas abdominais intermitentes por nova estenose da anastomose bilio-digestiva, que foi tratada com nova anastomose bilio-digestiva. Permaneceu-se assintomática por dez anos. Em 2017, apresentou febre, perda ponderal, dor em cólica de forte intensidade em hipocôndrio direito, massa hepática extensa, evoluindo com sepsis, foi diagnosticado abscesso hepático piogênico. Após tratamento de mais de um mês com antibióticos, teve resolução do quadro e alta hospitalar.

Conclusão: Na colecistectomia, apesar da abordagem laparoscópica ser considerada padrão-ouro, ela apresenta uma taxa de lesão de colédoco de até 2,7%. A lesão dessa via pode ocorrer por inúmeros motivos. A anastomose colédoco-jejunal foi realizada por apresentar menor tensão quando realizada em Y-de-Roux e, principalmente, porque a realização de uma anastomose com o duodeno pode resultar em fístula duodenal. Das complicações tardias, as estenoses tanto do colédoco lesado não diagnosticado quanto da anastomose bilio-entérica podem aparecer até cerca de quinze anos após a lesão. O presente relato mostra a importância do cuidado no manuseio da região próxima às vias biliares, a qual pode impactar de forma crônica e negativa a qualidade de vida do paciente.

335

PARAPLEGIA AGUDA COMO QUADRO INICIAL DA DISSECÇÃO AÓRTICA AGUDA: RELATO DE CASO.

ARTHUR DE LEMOS COELHO, ANGÉLICA BAPTISTA SEGOVIA GOMES, DAVI SARTÓRIO CYPRIANO, SÉRGIO LISBOA JÚNIOR e KAIO LUCAS PEREIRA NEVES BARBOSA

Introdução: A dissecção aórtica aguda (DAA) é uma emergência frequentemente fatal pela variedade de complicações graves e erros ou atrasos no diagnóstico quando o paciente não apresenta sinais clínicos típicos. Muitas vezes o diagnóstico é realizado somente post mortem.

Este relato trata-se de uma paciente que abriu o quadro de DAA com paraplegia aguda e dor no dorso sem localização específica. A paraplegia é uma manifestação rara, consequente de isquemia medular, principalmente por bloqueio da circulação nas artérias espinais anteriores, Arteria de Adamkiewicz ou Arterias radiculares anteriores, por vezes descrita na literatura com Síndrome da Arteria Espinal anterior (SAEA).

Relato: MCB, feminina, 62 anos, hipertensa e obesa, deu entrada no Pronto Atendimento da Glória em Vila Velha, abrindo quadro de paraplegia aguda. Admitida no PA com a pressão sistêmica aferida de 90/60 mmHg, foi logo encaminhada para o setor de emergência. Apresentava também dor aguda no dorso, sem localização específica, e ao exame físico, parestesia em membros inferiores, sem alterações em membros superiores. Num segundo momento, a sensibilidade em membros inferiores voltou preservada, perdendo-a em seguida, caracterizando uma parestesia transitória. Nos momentos de perda de sensibilidade, teste Babinski era negativo.

Após monitorização e suporte, a pressão foi normalizada por instantes, a diurese preservada, lúcida, orientada e eupneica em ar ambiente. O desconforto no dorso persistiu com piora, causando agitação e sem posição de melhora.

Após uma hora desde admissão, a paciente começou a rebaixar seu estado. Dispneia, com diaforese e hipotensão abrupta, evoluiu com parada cardiorrespiratória em assistolia. Após tentativa exaustiva de ressuscitação cardiopulmonar, e intubação endotraqueal, foi constatado o óbito. O Serviço de Verificação de Óbitos emitiu laudo que constou ruptura de Aorta com hemotórax, após aneurisma e dissecção de Aorta Torácica, classificação Stanford A, associado à SAEA.

Conclusão: Por se tratar de um caso raro, pouco descrito na literatura médica, faz-se necessário conhecimento de todas possíveis associações da SAEA. Esta decorre de um comprometimento do fluxo local, e está associada a diversas morbidades e complicações incluindo-se a DAA. Com início súbito de fraqueza muscular, parestesias, disfunção esfinteriana e até quadriplegias, torna-se essencial, quando se inicia tal quadro, reconhecer como diagnóstico diferencial na emergência a DAA.

336
ADENOMA DE PARATIREÓIDE ASSOCIADO A NEOPLASIA PAPILÍFERA DE TIREÓIDE.

TAMIRYS CERUTTI MARTINS, BRUNA BRANDÃO DE REZENDE GONDIM, MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA e LIA ROQUE ASSUMPÇÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

Introdução: O hiperparatireoidismo primário (HPT) pode ocorrer em associação com o carcinoma papilífero de tireoide, que varia em diferentes casuísticas entre nenhum caso chegando a 10,7% de carcinoma bem diferenciado da tireoide, com média de 5,39%. Na NEM tipo II está bem definida associação do carcinoma medular da tireoide com HPT, fato que determina investigação e tratamento das duas doenças. Também supõe-se que a determinação do risco de câncer bem diferenciado da tireoide em face de HPT pode aumentar o cuidado na avaliação pré e peri exploração cervical, com possível tratamento precoce da neoplasia se identificada, porém ainda em estudo. Neste caso relatamos a evolução clínica de uma paciente com hiperparatireoidismo primário, tumor marrom da mandíbula provocado por adenoma benigno de paratireoide, carcinoma papilífero de tireoide e tumor de hipófise causando acromegalia.

Caso: Paciente feminina, 64 anos, HAS, crise de ausência desde a infância, diabética, apresentando desde 2015 dificuldade de deambulação, hipercalcemia severa (CA:14,2), nódulos palpáveis em região cervical anterior direita, PA divergente, além de abaulamento na região mentoniana e região mandibular com tumoração palpável. US março/2016 com lesão em polo superior D da tireoide e Cintilografia com hiper captação em lobo superior D. Realizada Tireoidectomia + Linfadenectomia total + Paratireoidectomia inferior D em maio/2017. Evoluiu com fome óssea, feita reposição adequada de cálcio e hormônio tireoidiano. Evoluiu com aumento de mãos e pés, investigada acromegalia confirmada laboratorialmente e por imagem. Será submetida à Hipofisectomia em 2018. Discutiremos o caso e mostraremos imagens do tumor marrom.

Histopatológico: Adenoma de paratireoide inferior D. Microcarcinoma papilífero da Tireoide não encapsulado de padrão folicular. 2 linfonodos positivos para metástase.

Conclusão: Diante de paciente com quadro clínico e laboratorial compatível com Hiperparatireoidismo primário e concomitante nódulo tireoidiano palpável ou visualizado em US, devemos pensar na possibilidade de associação com neoplasia da tireoide, seja a síndrome rara NEM tipo II ou até mesmo o mais comum dos Carcinomas Tireoidianos: o papilífero. Devemos pensar na abordagem cirúrgica, visando diagnosticar e eliminar a neoplasia, além de controlar sintomas e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

337
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO PENIANA SECUNDÁRIA A REAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

ISABELLA DE ALMEIDA KLEIN, ARLINDO MAICO MARTINS DA SILVA, FÁBIO SANTIAGO e PEDRO LEONARDO SANCHES FAVERET

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Introdução: Visando melhorar o contorno do pênis, alguns homens optam por implantar ou injetar materiais não biológicos, provocando reações de corpo estranho no tecido peniano com consequente deformidade, ulceração, necrose e até gangrena do órgão genital. Não há consenso em relação a cirurgia mais eficaz para reconstrução destas lesões. A Ressonância Nuclear Magnética é um instrumento essencial na escolha da técnica através da avaliação da profundidade da lesão, acometimento do prepúcio e do escroto e dano funcional. O objetivo é apresentar uma reconstrução de pênis, por meio da técnica de aba escrotal bipediculada, após lesão peniana secundária a reação de corpo estranho. Relato de Caso: Masculino, 36 anos, branco, sem comorbidades, procurou atendimento médico em agosto de 2016 por dor, úlcera com necrose e massa palpável em pênis um ano após auto-implante de 6 cápsulas de óleo mineral no tecido subcutâneo do pênis. Previamente fértil, nega diabetes, doença vascular periférica ou infecções sexualmente transmissíveis. Submetido a tratamento clínico tóxico com colagenase 0,6 U e cloranfenicol 0,01 g/g. Refratário a proposta inicial, foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Antônio Pedro, Niterói/RJ, onde foram observadas massa e úlcera com pontos necróticos sem acometimento da base e da glândula do pênis. Procedeu-se ao tratamento cirúrgico com desbridamento para retirada do tecido necrótico e do material implantado e reconstrução da área lesada com aba escrotal bipediculada. O retalho foi preparado na parte anterior do escroto. O plano de fásia foi levantado, inserindo e suturando o pênis por baixo do retalho utilizando poliglactina 4-0. Após 28 dias, os pedículos foram divididos, enrolados no pênis e suturados entre si com nylon 4-0 ao longo das porções ventrais com posterior fechamento primário da ferida da área doadora. Após 35 dias do primeiro procedimento, o paciente apresentou necrose parcial dos retalhos, optando-se por desbridamento cirúrgico com fechamento por segunda intenção. Observou-se a cicatrização completa 86 dias após a primeira sessão cirúrgica com funções excretórias e sexuais preservadas. Conclusão: A restauração do formato peniano preservando a funcionalidade representa um desafio. A técnica da aba escrotal bipediculada pode ser vantajosa devido à flacidez da pele da bolsa escrotal e de seu bom suprimento sanguíneo. A melhor técnica deve ser escolhida analisando cada caso.

338
ANSIEDADE E DEPRESSÃO COMO FATORES DE COMPLICAÇÕES EM CIRURGIAS ABDOMINAIS DE GRANDE PORTE

ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA, JULIANA RODRIGUES CORREA, JÉSSICA ESCORCIO DE ANDRADE, GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI, PEDRO ÉDER PORTARI FILHO e JÚLIO CÉSAR TOLENTINO JÚNIOR

UNIRIO

Introdução: Ansiedade e Depressão pré-operatória têm impacto negativo na morbidade e no desenvolvimento de complicações após a cirurgia, aumentando o risco de morte. Portanto, a avaliação precisa do risco de cada paciente é importante para permitir a tomada de decisão pelo paciente antes da cirurgia e direcionar as intervenções específicas que podem melhorar o resultado.

Objetivos: Avaliar a relação entre depressão e ansiedade no período pré-operatório com complicações pós-operatórias pela classificação Clavien-Dindo (CD) em pacientes submetidos a cirurgias abdominais de grande porte.

Métodos: Aplicou-se o protocolo DSM-V e os questionários BDI (Inventário de depressão de Beck) e BAI (Inventário de ansiedade de Beck) antes da cirurgia. O grupo foi monitorado nos 60 dias de pós-operatório e os dados encontrados foram confrontados quanto ao aparecimento de complicações e óbitos.

Resultados: Amostra composta de 11 pacientes, 5 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. Média de idade de 56,36 anos. Encontrou-se 9% dos pacientes com diagnóstico de episódio depressivo maior (EDM) de acordo com DSM-V. Segundo a gravidade do estado depressivo avaliado pelo BDI encontrou-se 36% dos pacientes com ausência de depressão (grupo A), 54% com depressão leve a moderada (grupo B) e 9% com depressão grave (grupo C). O percentual de pacientes com complicações pós-operatórias foi de 45%. Observou-se que o grupo A apresentou taxa de complicações pós-operatórias de 50%. Desses, 25% classificaram-se com CD IIIb, 25% II e 50% I. O grupo B apresentou taxa de complicação de 33%, sendo 33% CD V, 16% CD IIIb e 50% CD I. O grupo C apresentou taxa de 100% de complicação com CD I. A média do tempo de permanência hospitalar foi menor no grupo com depressão grave (5 dias) quando comparado ao grupo com ausência de depressão ou depressão leve a moderada (9,5 dias). Em relação a ansiedade viu-se que 72% tinham grau mínimo de ansiedade (grupo 1), 18% ansiedade leve (grupo 2) e 9% ansiedade moderada (grupo 3). Nenhum paciente apresentou ansiedade grave. Dentro do grupo 1 houve 62% de complicações, no grupo 2 50% e no grupo 3 100%. Ocorreram 3 óbitos. Assim, o grupo C bem como o grupo 3 apresentaram maior morbidade pós-operatória em relação ao grupo A ou grupo B.

Conclusão: Embora os estudos sobre o tema sejam poucos, os dados estão em consonância com a literatura, isto é, os pacientes com tendência à depressão e ansiedade podem apresentar pior desfecho e complicações no período pós-opera

339
CONTROLE DE DANO DE LESÃO VASCULAR COMPLEXA CERVICOTORÁCICA - REVISÃO DA LITERATURA E RELATO DE CASO

CARLOS EDUARDO PEÇANHA DE BARROS, RODRIGO VAZ DE MELLO e BRUNO VAZ DE MELLO

HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE

Introdução: A cirurgia de controle de danos é um conceito amplamente aceito atualmente entre os especialistas em trauma quando se trata de doentes gravemente traumatizados. Nestes pacientes a morte decorre, na maioria das vezes, da instalação da tríade letal (hipotermia, coagulopatia e acidose) e não da incapacidade de reparar as graves lesões presentes. Relato de caso: Paciente, J.F.L., 25 anos, vítima de PAF em ombro direito e região toracolombar esquerda, dá entrada no serviço de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital Municipal Lourenço Jorge, com quadro de hipotensão, dor abdominal, turgência jugular unilateral à direita e hematoma em expansão em região supraclavicular ipsilateral com presença de frêmito. Paciente encontrava-se acordado (ECG 14) e eupneico em ar ambiente, sendo realizado FAST, evidenciando líquido livre em pelve. Encaminhado para centro cirúrgico, onde foi submetido à Laparotomia exploradora, Esternotomia e Incisão supra e infraclavicular à direita, onde foi encontrada lesão tangencial de aproximadamente 3cm da artéria subclávia direita com fistula arteriovenosa para-axilar, lesão na confluência das veias subclávia direita (onde o projétil seguiu o trajeto do vaso) e jugular direita e hematoma importante no local, lesão esplênica em hilo, com importante hemoperitônio e lesão diafragmática esquerda de aproximadamente 3cm. Foi realizada esplenectomia, rafia diafragmática, shunt da artéria subclávia e ligadura da veia subclávia, para controle de danos. No dia seguinte, paciente foi submetido à reabordagem para reconstrução da artéria subclávia com veia safena e ligadura da veia jugular e subclávia direita. A evolução foi satisfatória, apresentando somente edema e monoparesia do MSD no pós-operatório, porém com subsequente melhora nos dias seguintes. Realizada Angiotomografia posterior para visualização da vasculatura cervicotorácica envolvida. Conclusão: Nesta revisão, os autores abordam a tríade letal, em suas três fases, e enfatizam as medidas adotadas para preveni-las. Além de discutirem a indicação e o emprego da cirurgia para o controle de danos em no caso relatado. A restauração dos padrões fisiológicos do doente na UTI, para que o mesmo possa ser submetido à operação definitiva e à conclusão das lesões vasculares abordadas.

341
COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA ELETIVA APÓS COLECISTOSTOMIA PERCUTÂNEA POR COLECISTITE AGUDA PAOLA COSTA REIS, CASSIO LOUZADA BORGHI, JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH, DENIS SZEJNFELD e PEDRO PINHEIRO DE LEMOS NETO <i>HSPE</i> A colecistite aguda (CA) é patologia comum na prática cirúrgica, sendo a colecistectomia o tratamento preconizado em casos leves e moderados. Pode ser classificada em grau I (leve), II (moderada) e III (grave) segundo os Critérios de Tokyo (TG); e o tratamento preconizado: colecistectomia, colecistectomia ou colecistostomia percutânea (CP) e CP, respectivamente. O manejo cirúrgico em pacientes idosos com alto risco cirúrgico apresenta morbimortalidade importante. A CP, descrita no início dos anos 80 por Radder, é uma alternativa de tratamento nesta população para controlar a infecção sem o alto risco do procedimento cirúrgico e possui eficácia documentada com melhora dos sintomas clínicos na maioria dos pacientes e apresenta baixa mortalidade. Alguns autores acreditam que seja tratamento definitivo, enquanto outros defendem que seja uma ponte para procedimento cirúrgico. Nestes casos, ainda não há consenso sobre o intervalo ideal, devido ao pequeno número de estudos demonstrando complicações relacionadas ao tempo até abordagem e à presença de fibrose e aderências na vesícula biliar. O objetivo desse estudo é demonstrar a experiência de colecistectomia videolaparoscópica (CL) realizadas eletivamente após colecistostomia percutânea por colecistite aguda moderada e grave. Estudo retrospectivo analisando pacientes submetidos a(CP) entre 2014 e 2018, realizadas em 4 hospitais da cidade de São Paulo, por meio do resgate de informações dos registros médicos em prontuários e comparar os dados com literatura médica relevante sobre o assunto. Foram incluídos pacientes que foram submetidos a CL eletiva. Dessa forma, foram avaliados: complicações intra e pós-operatórias, tempo cirúrgico, taxa de conversão para técnica aberta e tempo entre a CP e a CL. De um total de 48 pacientes submetidos a CP por CA, 9 (18,75%) pacientes foram submetidos a CL eletivamente. Destes, a média de idade foi de 81 anos. tempo com o dreno de colecistostomia foi de 48,2 dias, a severidade da colecistite aguda foi Tokyo II em 5 (55,5%) e III em 4 (44,5%) pacientes. Complicação pós-operatória clínica foi observada em 1 (11%) caso. Não houve conversões para a técnica aberta. A média do tempo de permanência hospitalar no pós-operatório foi de 3 dias. A CL é método de tratamento definitivo seguro após CP, quando realizada com intervalo superior a 9 dias, com baixa morbidade em pacientes idosos e de alto risco.

343
PANCREATITE PARADUODENAL SIMULANDO QUADRO CLÍNICO DE NEOPLASIA PERIAMPULAR LIA MOREIRA PINTO CUNHA, FRANCISCO OSMAR SOUSA ARRUDA, RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO, ARTHUR LIMEIRA LIMA LEITE, RENATO BRUNO CAVALCANTE LEITE, ANDRÉ LUIZ PINHEIRO DE MENEZES, LARISSA CAVALCANTE AMORA e EZEQUIEL AGUIAR ARAÚJO <i>HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS</i> INTRODUÇÃO: Pancreatite paraduodenal (PP) é uma rara causa de dor abdominal crônica que foi exposta pela primeira vez por Becker em 1973. Sua manifestação clínica varia e pode evoluir semelhante à pancreatite aguda ou crônica. Na forma aguda, mais comum apresentação com dor abdominal de forte intensidade, náuseas e vômitos, enquanto na forma crônica assemelha-se à neoplasia, levando a um quadro de icterícia e emagrecimento. Diversas patologias estão incluídas no diagnóstico diferencial, dentre elas, adenocarcinoma pancreático, sendo particularmente desafiador, mesmo com recursos para imagiologia e modalidades endoscópicas. Os achados radiológicos da PP assemelham-se muito com o adenocarcinoma pancreático. Outros achados que podem ser encontrados: anormalidades do duto (dilatação, atrofia e irregularidade) e sinais de pancreatite crônica. Histologicamente, os achados característicos são expansão miofibroblástica e neural na área do sulco, espessamento da parede duodenal com fibrose e glândula de Brunner e hiperplasia dos músculos lisos, ocorrência de ductos dilatados, bem como pseudocistos dentro da parede duodenal e presença de tecido de granulação e células gigantes do tipo corpo estranho. RELATO DE CASO: Homem, 76 anos, admitido com história de icterícia, dor abdominal e prurido intenso com início há três meses. Foi submetido a tomografia abdominal que revelou dilatação moderada de vias biliares intra e extra hepáticas e do Ducto de Wirsung. A endoscopia digestiva alta mostrou aumento discreto das dimensões da papila com imagem nodular hipocogênica, heterogênea no interior da mesma. Marcadores tumorais, CA19.9 e CEA, elevados. À biópsia, ausência de sinais de malignidade, com proliferação em submucosa entérica de glândulas regularmente distribuídas, algumas cisticizadas, com arquitetura lobular, em meio a estroma fibromuscular, epitélio de revestimento glandular do tipo pancreatobiliar, com leve atipia em focos, sugerindo como principal possibilidade diagnóstica pancreatite paraduodenal. CONCLUSÃO: As medidas conservadoras envolvem a abstinência de álcool e tabaco, descanso pancreático e analgésicos. Atualmente, os análogos de somatostatina foram considerados uma opção médica alternativa, porém poucos relatos são descritos na literatura e a recorrência de sintomas parece ser comum após fim do tratamento. O tratamento via endoscópica, como dilatação da estenose e cistos ou drenagem ductal pancreática, é uma opção não cirúrgica com bons resultados

342
MÚLTIPLOS ABCESSOS HEPÁTICOS ASSOCIADA A DOENÇA BILIAR COMPLEXA LAILA MAGLIANO LEITE, BRUNO VAZ DE MELLO e RODRIGO VAZ DE MELLO <i>HMLJ</i> Paciente LAL, 55 anos, sexo feminino, deu entrada na emergência com quadro de dor em HDC associada a náusea, vômitos, febre não aferida e icterícia. Referia dor cônica na região há mais de 5 meses. Paciente já sabia ser portadora de colelitíase há 18 anos. Na admissão foi solicitado USG de vias biliares e Tomografia Computadorizada de abdome e pelve para elucidar o caso. Na USG de vias biliares: colelitíase, dilatação de via biliar intra e extra hepática e fígado com textura heterogênea. Como tratamento proposto para doente foi opção cirúrgica associada a Colecistectomia e drenagem de via biliar por Cirurgia de Madden, além da drenagem direta dos 3 locais de abscesso em segmento V, II e III isoladamente. Paciente evoluiu satisfatoriamente bem na enfermaria e optou alta após 15 dias de pós-operatório. A associação em mesmo ato operatório de cirurgia de alta complexidade de via biliar e abscesso hepático encontra-se incomum na literatura, porém em algumas circunstâncias, onde se encontrou um colédoco bastante dilatado (>1,5cm de diâmetro) com cálculo no seu interior foi optado pela condição local por essa condução e com sucesso absoluto. Os abscessos hepáticos são um tipo de infecção organizada do fígado, que habitualmente provocam dor abdominal e febre, podendo ser acompanhados por coloração amarelada da pele e dos olhos (icterícia) e alterações da cor da urina e das fezes. Discussão: Podem ser causados por bactérias ou protozoários e são, de uma maneira geral, raros. Alguns deles são consequência de infecções sobre os ductos biliares decorrentes de cálculos, estreitamentos ou tumores dessa região. O diagnóstico envolve a avaliação do médico, a realização de exames de imagem e laboratoriais. Para o adequado tratamento é importante a avaliação do cirurgião, já que diversos casos necessitam de cirurgia para correção da causa (como a retirada de tumores ou da vesícula biliar). As punções com esvaziamento do abscesso, juntamente com o uso de medicações (antibióticos/antiparasitários) também fazem parte do tratamento, e são muito utilizados para drenar essas coleções e controlar a infecção.

344
ABDOMEN AGUDO OBSTRUTIVO ASSOCIADO A FEBRE DEVIDO A CISTO DE OVÁRIO GIGANTE LIA MOREIRA PINTO CUNHA, FRANCISCO OSMAR SOUSA ARRUDA, RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO, FELIPE DE LIMA MONTEIRO, ARTHUR LIMEIRA LIMA LEITE, RENATO BRUNO CAVALCANTE LEITE, ANDRÉ LUIZ PINHEIRO DE MENEZES e FILLIPE NÍCOLAS FARIAS ARAÚJO <i>HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS</i> Introdução: Massas anexiais uterinas detectadas em mulheres na pré-menopausa incluem cistos funcionais, gravidez ectópica, abscessos tubo-ovarianos, endometriomas, tumores benignos e tumores malignos. Os cistos ovarianos são comumente vistos em mulheres durante toda a sua vida. Eles são divididos em três grupos principais: funcional, benigno e maligno. Na maioria dos casos, os cistos serão benignos e podem ser manejados conservadoramente. No entanto, cistos ovarianos sintomáticos tendem a requerer tratamento cirúrgico. Na paciente na pré-menopausa, o risco de um cisto ovariano sintomático ser maligno é de 1 em 1000. O diagnóstico definitivo de massa pélvica exige inspeção visual e diagnóstico histológico. A massa deve ser inspecionada visualmente, para aumentar as informações prévias vindas por ultrassonografia (USG). Se todas as indicações forem de que a lesão é benigna, estará indicada cistectomia ovariana ou drenagem com avaliação da citologia do cisto ou avaliação macro ou microscópica do tecido para confirmar uma lesão benigna. Os cistoadenomas serosos e submucosos são tumores benignos muito comuns no ovário que podem ocorrer em qualquer faixa etária. Relato de caso: MLGC, feminino, 38 anos, deu entrada com história de dor epigástrica que irradiava para HCD e dorso, de forte intensidade, em pontadas, com duração maior que 6h e associada a vômitos e febre. À inspeção notou-se grande volume abdominal e possuía USG abdominal do mesmo mês evidenciando volumosa massa cística com septos internos, ocupando todo o abdome, desde a região hipogástrica até região epigástrica. Exames pré-operatórios dentro da normalidade. Realizada ooforectomia com cisto à direita. Achados no ato operatório: cisto ovariano direito de grande volume ocupando desde a pelve até hipocôndrios, moderada quantidade de líquido ascítico, vesícula biliar com cálculo, ausência de doença peritoneal e hepática metastática. Técnica operatória: mobilização de cisto ovariano com dissecação do funículo ovariano e de seus vasos e ligação destes, exérese de cisto e ovário direito e enviado material para congelção o qual foi identificado como cistoadenoma seroso. Conclusão: Trata-se de um caso de cisto ovariano de grande volume, benigno, que teve uma rápida progressão e o tratamento cirúrgico ocorreu tendo como porta de entrada outra patologia da paciente. Deve-se ressaltar que as massas pélvicas precisam sempre ser investigadas e ter o tratamento clínico-cirúrgico o mais breve possível

345

ABDÔMEN AGUDO CAUSADO POR HÉRNIA DE LITRÉ ESTRANGULADA

LIA MOREIRA PINTO CUNHA, JOSÉ ORLANDO COSTA FILHO, FRANCISCO OSMAR SOUSA ARRUDA, RAPHAEL FELIPE BEZERRA, ANDRÉ LUIZ PINHEIRO DE MENEZES, RENATO BRUNO CAVALCANTE LEITE, EZEQUIEL AGUIAR PARENTE e CAMILA MARIA DE ARAÚJO SILVEIRA

HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS

INTRODUÇÃO: O divertículo de Meckel representa uma anomalia do desenvolvimento intestinal, originando-se devido a permanência do conduto onfalo-mesentérico. Está presente em 2% da população representando a principal anomalia do TGI. A hérnia de Littré é definida pela presença do divertículo de Meckel no interior do saco herniário. O diagnóstico acontece durante o período operatório. O tratamento cirúrgico compreende a ressecção da região acometida.

RELATO DE CASO: Paciente, 56 anos, masculino, com quadro de dor epigástrica associado a vômitos e constipação. Enquanto aguardava investigação diagnóstica da alteração do hábito intestinal, evoluiu com obstrução intestinal refratária às medidas clínicas, sendo submetido a abordagem cirúrgica. A abordagem evidenciou hérnia inguinal a direita encarcerada com a presença de íleo terminal, divertículo de Meckel e testículo direito como componentes do saco herniário, sendo submetido a aenterectomia da região acometida com anastomose primária e orquiectomia direita. Evoluiu com novo abdômen agudo no quarto pós-operatório, em nova abordagem foi identificado deiscência da anastomose e submetido a ileostomia.

CONCLUSÃO: Apresentamos um quadro de hérnia de Littré combinada (Com a presença do divertículo de Meckel e outras vísceras no saco herniário). O diagnóstico é um evento raro devido à raridade do estrangulamento do divertículo.

346

LESÃO DE MOREL-LAVALLÉE EM REGIÃO GLÚTEA: RELATO DE CASO

FABRICIO INACIO DE MORAES NASCIMENTO, CINARA OLIVEIRA MARTINS, RODRIGO NARDELLI DE ANDRADE SCALABRIN, GABRIELA RODRIGUES KNITTEL FERREIRA, WASHINGTON LUIZ VIEIRA DE CARVALHO JUNIOR e FRANCESCO COSTANTINI MESQUITA

Introdução: A lesão de Morel-Lavallée (LML), também chamada de deslaminamento fechado, foi descrita inicialmente em 1848, constitui-se em lesões de tecidos moles, sobretudo nas áreas que revestem as protuberâncias ósseas. Sua fisiopatologia consiste no deslocamento traumático do tecido celular subcutâneo da fáscia muscular, capaz de provocar a ruptura de vasos sanguíneos e, consequentemente, extravasamento de sangue, linfa e esfacelamento de tecido adiposo. Comumente, a LML está associada a fraturas da pelve e acetábulo, mas também pode ocorrer com lesões por esmagamento de baixa velocidade em vários locais. O local mais comum é ao redor do trocânter maior ou na face ântero-lateral da coxa, embora, também existam relatos de outros locais como panturrilha, parede abdominal, região lombo-sacra e glútea. O diagnóstico é baseado, principalmente, na história clínica do paciente, exame físico e exames de imagem. Relato de caso: Paciente do sexo feminino E. M. L. M., 30 anos de idade, com antecedente de retocolite ulcerativa e uso de sulfassalazina, dá entrada no Pronto Socorro do nosso serviço com relato de trauma contuso em região glútea após queda da escada em seu domicílio há 01 mês, com aumento progressivo do volume em glúteo direito, dor moderada, associado a rubor e calor local. Refere a procura por outro serviço há 11 dias, porém sem melhora. Foi realizada uma ultrassonografia de partes moles da região glútea evidenciando tecido subcutâneo espessado e heterogêneo, edema/infiltrado hemático, presença de formação cística alongada, com conteúdo hipocógeno (hemático), medindo cerca de 12,5x11,2x5,5cm (414ml), sem fluxo ao estudo complementar com Doppler e exames laboratoriais com proteína C-reativa igual a 1,51mg/dl e discreta leucocitose (10.980/mm³). Foi optado por realizar uma drenagem percutânea, mesmo com o risco de recidiva, não foi deixado dreno de sucção, com posicionamento em decúbito ventral, assepsia, antisepsia com clorexidina alcoólica, colocação de campo estéril frenestrado, sob anestesia com Lidocaína 2% e punção de campo com Jelco 14 em região glútea direita, aproximadamente 485ml de conteúdo hemático. Recebeu alta com cefalexina 500mg de 6/6h por 07 dias e retorno ambulatorial. Conclusão: Relatamos um caso infrequente de LML em região glútea, o qual deve ser considerado como diagnóstico diferencial, devido ao risco de infecção e necrose e posterior necessidade de debridamento cirúrgico.

347

CORREÇÃO ENDOVASCULAR DE SÍNDROME DA VEIA CAVA SUPERIOR APÓS PNEUMECTOMIA - KISSING STENT: RELATO DE CASO

FABRICIO INACIO DE MORAES NASCIMENTO, FÁBIO HADDAD MARCELINO ALMEIDA, WASHINGTON LUIZ VIEIRA DE CARVALHO JUNIOR, ALESSANDRO XAVIER MOURA, HUMBERTO BALBI REALE NETO, ALEXANDRE COLMANETTI e LARISSA MARTUCCI

Introdução: A síndrome da veia cava superior (SCVS), descrita inicialmente por William Hunter em 1757, caracteriza-se pela diminuição ou obstrução do fluxo venoso da cabeça, pescoço e membros superiores, tendo origem na compressão extrínseca do vaso, invasão tumoral ou trombose. Os principais sinais e sintomas são: turgência jugular, plethora facial, edema de membros, cianose, cefaleia e ortopnéia. As causas malignas - neoplasias de pulmão, mesoteliomas, linfomas, timomas e as metastatização mediastínica, representa 60-90% dos casos. Dentre as causas benignas, destacam-se as fibroses mediastinais, seqüela pós-irradiação, cateteres centrais e marca-passos. O tratamento endovascular tornou-se uma terapêutica importante e segura no tratamento da SVCS de diferentes etiologias.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino E. M. L., 60 anos de idade, piloto de avião aposentado, ex-tabagista (117 anos/maço), hipertenso, diabético, com realização de pneumectomia a direita há 16 anos devido carcinoma espinocelular no pulmão, apresentando há 01 ano atrás, cefaleia, sensação de preenchimento em região cervical, turgência jugular, edema de face e membros superiores, ortopnéia e congestão nasal. Angiotomografia de pescoço e tórax evidenciou acotovelamento na desembocadura da veia denominada direita na veia cava superior e afilamento do calibre na desembocadura da veia denominada esquerda junto a veia cava superior. Paciente não apresentava recidiva tumoral, porém com piora significativa ao decúbito, definindo por exclusão a etiologia por compressão devido fibrose mediastinal por remodelamento cirúrgico. A abordagem foi realizada pelas veias subclávias bilateralmente, com cateterização do átrio direito através de fios guia 0,035 stiff, sendo realizado angioplastia pela técnica kissing stent dos troncos venosos braquiocéfálicos direito e esquerdo, com auxílio de fios guia Amplatzer®. A angiografia pós-operatória de controle evidenciou bom desague do meio de contraste para veia cava superior intra-stent. Com a melhora significativa dos sintomas, paciente teve alta com rivaroxabana e seguimento ambulatorial. Conclusão: O diagnóstico da etiologia é importante para o correto manejo no tratamento SVCS, sendo os exames de imagem de fundamental importância para o planejamento e conduta com o tratamento endovascular considerado frequentemente a opção de primeira linha, devido segurança, bons índices de perviedade, baixas taxas de morbimortalidade e alívio rápido dos sintomas.

XXXII Fórum de Pesquisa em Cirurgia

001
ADEQUAÇÃO DE MATERIAIS PARA APLICAÇÃO EM PROCEDIMENTO OPERATÓRIO EXPERIMENTAL PAULO CESAR SILVA, ANANIAS MATOS ARRAIS NETO, EDUARDA NASCIMENTO DOS ANJOS, MANOEL LUIZ FERREIRA, ALBERTO SCHANAIDER, JOSÉ EDUARDO FERREIRA MANSO, JOSÉ MARCUS RASO EULÁLIO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO-RIO DE JANEIRO-RJ-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA- CENTRO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL-FM Introdução: Nos projetos de pesquisa na área de cirurgia, que envolvem acesso a estruturas anatômicas de animais de porte reduzido, como rato ou coelho, precisa ser considerado no planejamento, o tipo de material e instrumental a ser utilizado em sua execução. Ocorre que não há instrumentos produzidos especificamente para animais de laboratório, portanto, quando necessário há de se adaptar aqueles instrumentos convencionais existentes ou criar outros. Objetivo: Descrever como podem ser produzidos alguns destes instrumentos, de aplicação exclusiva para esta finalidade. Método: A composição destes instrumentos inclui aço, ferro galvanizado, plástico rígido ou flexível. São confeccionados por ferramentas manuais de tamanho reduzido, do tipo relojoeiro. O diâmetro do fio de metal, varia de 0,02 a 0,3 mm; os tubos de plástico variam quanto ao diâmetro interno de 0,3 a 0,5 mm. Quanto a flexibilidade, os fios de metal, devem suportar as as torções sem rupturas, para manterem as formas necessárias relacionadas a função indicada como instrumento cirúrgico. A vantagem de se obter estes materiais com facilidade, contribui para o propósito de sua modelação para uso cirúrgico. O método de produzir estes instrumentos devem obedecer aos critérios relativos ao objetivo dos instrumentos e a estrutura anatômica na qual irão ser utilizados, para cumprir estes quesitos, se tenha um resultado funcional adequado. Resultado: Os materiais utilizados para a produção e adaptação de instrumentos cirúrgicos, demonstraram capacidade de serem manuseados devido a alta maleabilidade durante a montagem das formas dos instrumentos. Podem ser usados várias vezes, sem modificações estruturais. Não apresentam corrosão, podem ser lavados e esterilizados. Em caso de perda, por desgaste do uso prolongado ou extravio, podem ser manufaturados em tempo reduzido, sendo assim, facilmente substituídos. Estabilidade de posição quando aplicado aos tecidos orgânicos, não causam alterações por ação mecânica e não constatado reações adversas nos órgãos e nos tecidos. Conclusão: É possível adaptar materiais para uso e com funcionalidade, em procedimentos operatórios experimentais, sem causar danos aos tecidos ou órgãos.

002
FIBROGÊNESE INDUZIDA COM USO DA TELA DE POLIPROPILENO - SUB LAY E ON LAY - NA PAREDE ABDOMINAL DE RATOS FERNANDO PONCE LEON, JOSE EDUARDO FERREIRA MANSO, JOAO VITOR COTRIM GONCALVES, GABRIELA BUENO LORIA, RODRIGO MARTINEZ, MANOEL LUIZ FERREIRA, ALBERTO SCHANAIDER UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ- RIO DE JANEIRO - RJ - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - CENTRO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL Introdução: A hérnia incisional ocorre quando há descontinuidade parcial de uma fâscia previamente incisa e suturada, no local de uma incisão cirúrgica prévia. Objetivo: Comparação entre as técnicas supra e infra aponeuróticas, avaliando as aderências, tensiometria e colágeno. Métodos: Quarenta ratos foram distribuídos em quatro grupos: grupo controle(CT), grupo simulação(SM), realizada laparotomia e síntese, grupo supra-aponeurótico (OL) posicionou-se a tela de polipropileno pela técnica onlay, e grupo retromuscular (SL), posicionou-se a tela pela técnica sublay. Após 42 dias foram analisadas as aderências formadas, a tensão entre elas e as alterações histológicas. Resultados: O grupo SL obteve um maior número de aderências, com uma média de 2,75 com desvio padrão de 1,16. O grupo OL teve uma média de 0,8, com um desvio padrão de 0,63 e no grupo SM uma média de 0,5, com desvio padrão de 0,52 (p <0,0001). O grupo SL apresentou maiores valores na avaliação tensiométrica, com uma média de 36,75 N, com desvio padrão de 5,92. O grupo OL, a variação de tensão apresentou uma média de 26,4 N e um desvio padrão de 3,5. No grupo SM, encontrou-se uma média de 23 N, com um desvio padrão de 3,39 e no grupo CT, os valores apresentaram uma média de 24,1 N com um desvio padrão de 2,51 (p <0,0001). Avaliando a correlação de Pearson entre o escore de aderência e tensiometria, encontramos um valor de r de 0,7795 (p <0,0001). Histologicamente, observamos que o grupo SL apresentou valores de granulomas, histiócitos e neocolagenização maiores que os demais grupos. Os valores de fibroblastos e neovascularização foram maiores no grupo OL. Avaliando a correlação de Pearson entre os valores de tensiometria e o colágeno produzido entre cada grupo, encontramos valores de estatística r significativamente com valores de p <0,05 (grupo SL: r de 0,7832, p = 0,007). Conclusão: A colocação da tela pela técnica retromuscular gera uma qualidade de fibrogênese superior.

003
AUTOTRANSPLANTE DE TIREOIDE. ESTUDO EXPERIMENTAL EM RATOS AMABILE MARAN CARRA, OLAVO BORGES FRANCO, GEORGE DA SILVA DIVÉRIO JÚNIOR, MARCEL VASCONCELLOS, MANOEL LUIZ FERREIRA, WAGNER BAETAS DA CRUZ, ALBERTO SCHANAIDER UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO-RIO DE JANEIRO-DEPARTAMENTO DE CIRURGIA- CENTRO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL Introdução: A tireoidectomia total gera uma condição clínica que requer uma suplementação hormonal permanente comprometendo a qualidade de vida do paciente. O hipotireoidismo pós-cirúrgico pode ocorrer em várias circunstâncias tais como no câncer, na doença de Graves, ou em face de ressecções extensas como nos bócio multinodulares atóxicos. Objetivo: Elaborar um modelo experimental de hipotireoidismo em rato e verificar a viabilidade e funcionalidade do autotransplante de tecido tireoidiano criopreservado em ratos submetidos à tireoidectomia total. Métodos: O projeto foi aprovado pela CEUA do CCS/UFRJ e desenvolvido no Centro de Cirurgia Experimental do Departamento de Cirurgia. Foram utilizados 40 ratos da linhagem Wistar (Rattus norvegicus albinus) machos com peso entre 250 a 270g. Os animais foram distribuídos aleatoriamente em quatro grupos: Grupo Controle (GC, n=8), Grupo Simulação (GS, n=8), Grupo Hipotireoidismo (GH, n=8) e Grupo Transplantado (GT, n=16). Na 1ª, 6ª e 13ª semanas procedeu-se a dosagem hormonal (T3 total, T4 livre e TSH), além do cálcio total. Na 2ª, 7ª e 14ª semanas foram realizadas imagens cintigráficas por meio da aplicação intraperitoneal de 350µCi do radiofármaco tecnécio 99-metaestável. No GT, após a tireoidectomia total realizou-se a criopreservação da glândula em nitrogênio à -196°C, durante sete dias. Após este período, a glândula foi implantada no músculo biceps femoral do membro posterior direito. Resultados parciais: Houve elevação do TSH no GT e com concentrações de T3 e T4 próximas ao normal. Demonstrou-se, ainda, no GT a captação do tecnécio-99m pelo enxerto autólogo. Conclusões: O modelo experimental demonstrou ser adequado ao aprimoramento da pesquisa translacional e o tecido autotransplantado retomou, parcialmente, a função tireoidiana.

004
AValiação DO EFEITO TERAPÊUTICO DE CÉLULAS TRONCO NA PROTEÇÃO DE ANASTOMOSES EM CÔLON INFLAMADO. ESTUDO EXPERIMENTAL. PEDRO TEIXEIRA DA SILVA, VALTER ALVARENGA JUNIOR, OLAVO FRANCO BORGES, AMABILE MARAN CARRA, WAGNER BAETAS DA CRUZ, HEITOR SIFFERT PEREIRA DE SOUZA, PAULO CESAR SILVA, MANOEL LUIZ FERREIRA, ALBERTO SCHANAIDER UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CIRÚRGICAS, CENTRO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL Objetivo: Determinar o potencial efeito curativo da aplicação local de células-tronco mesenquimais (CTM) derivadas do tecido adiposo, em modelo de anastomose colônica de alto risco em ratos. Métodos: Sessenta ratos Wistar foram distribuídos aleatoriamente em cinco grupos: 1. Controle, 2. Anastomose simples, 3. Colite induzida por ácido trinitrobenzenosulfônico (TNBS), 4. Colite induzida por TNBS, anastomose e solução de cultura celular e 5. Colite induzida por TNBS, anastomose e CTM. No dia 7 pós-colite, foi realizada uma secção transversal do cólon descendente, 4 cm acima da reflexão peritoneal, preservando o suprimento sanguíneo, seguida de anastomose término-terminal. Em seguida, uma solução com aproximadamente 2×10^6 CTM foram aplicadas diretamente sobre a superfície externa da anastomose. As amostras foram analisadas quanto aos escores histológicos, atividade de mieloperoxidase, fibrose, infiltrados inflamatórios, dano epitelial, mediadores inflamatórios e expressão gênica de moléculas envolvidas na cicatrização de feridas, por PCR em tempo real. Resultados: A anastomose na presença de colite por TNBS mostrou infiltração de células mononucleares, hiperemia, vasodilatação e alterações atroficas associadas. A aplicação de CTM reduziu a inflamação e melhorou a cicatrização, restaurou a densidade das fibras de colágeno e preservou o número de células calcificiformes. Houve também uma diminuição no infiltrado de células T CD4+ e CD11+ e na quantidade de macrófagos e redução no número de células apoptóticas em lâminas próprias dos animais com anastomose tratada com CTM, em comparação com os não tratados. Houve ainda redução do TNF-alfa, INF-gama, IL-17 e TGF-beta, além da redução da atividade de mieloperoxidases 2 e 9. Conclusão: A melhora nos resultados cirúrgicos em anastomoses de alto risco após a indução de colite inflamatória observadas com terapia com CTM indica relevante atividade anti-inflamatória, imunomoduladora e pró-cicatrizal e consubstancia sua utilização em futuras pesquisas translacionais.

005

DIAGNÓSTICO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO EM RATOS POR MEIO DE MICROULTRASSOM

MARIA MARGARIDA CANAN DREHMER, ALINE SILVA DA CRUZ, WAGNER BAETAS DA CRUZ, JOÃO CARLOS MACHADO

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA - FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ RIO DE JANEIRO/RJ, PROGRAMA DE ENGENHARIA BIOMÉDICA - COPPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ RIO DE JANEIRO/RJ

Introdução - O acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) é a segunda causa de morte e a terceira causa de incapacidade física no mundo. O uso de modelos experimentais em animais é imprescindível para a obtenção de novos tratamentos para o AVEi, bem como para a implementação de novos métodos diagnósticos.

Objetivos - Investigar a ocorrência de AVEi em modelo de isquemia cerebral focal em ratos, induzida através de técnica cirúrgica de oclusão intraluminal por inserção, via artéria carótida interna (ACI), de fio de sutura na artéria cerebral média (ACM) esquerda, com a utilização de microultrassom de alta frequência (MUSf), a 21 MHz e agentes de contraste ultrassônicos (ACUs).

Método - Foram utilizados 3 ratos Wistar, todos eles com AVEi induzida. Após serem totalmente anestesiados, foi realizada a incisão mediana na região cervical para se ter acesso à artéria carótida comum (ACC). A seguir, um cateter 24G inserido na ACC serviu para guiar um fio monofilamentar de náilon 4-0, que foi progredido por cerca de 2,0 cm dentro da luz da ACI até a oclusão da ACM. Para observar a ocorrência da isquemia no córtex motor e sensorial de ratos por meio de imagens de ultrassom foi necessário realizar uma craniotomia, pois a alta densidade do osso do crânio faz com que as ondas de ultrassom sejam refletidas. Foram abertas duas janelas, à esquerda e à direita do bregma. Na janela do lado esquerda esperava-se a condição de isquemia, e na direita a condição normal. Para a obtenção das imagens de MUSf foi utilizado um sistema de microultrassom VEVO 2100 (VisualSonics Inc., Toronto, ON, Canadá), operando com um transdutor linear com uma frequência central de 21 MHz, no modo de contraste. Além disso, foram realizadas administrações de ACUs, na forma de bolus de 0,25 mL, via veia caudal.

Resultados - As imagens de ultrassom em alta frequência evidenciaram a natureza de alto retroespalhamento dos ACUs, permitindo observar a irrigação sanguínea normal na microcirculação cerebral do lado direito. Já a presença do retroespalhamento dos ACUs não foi observada no córtex motor e sensorial do lado esquerdo, região que foi induzida ao AVEi.

Conclusão - O MUSf, associado ao uso de ACUs, mostrou-se uma nova ferramenta eficaz para observar a microcirculação do córtex cerebral de ratos e sugere que é capaz de diagnosticar regiões de isquemia no cérebro em modelos animais de AVEi.

006

MODULAÇÃO DE ESPÉCIES REATIVAS DE NITROGÊNIO EM UM MODELO DE REPERFUSÃO INTESTINAL

GUSTAVO SAMPAIO DE HOLANDA, MARIANA MENEGAT DIAS CORDEIRO, SAMUEL DOS SANTOS VALENÇA, MANOEL LUIZ FERREIRA, PAULO CESAR SILVA, JOSÉ EDUARDO FERREIRA MANSO, ALBERTO SCHANAIDER

LABORATÓRIO DE CIRURGIA EXPERIMENTAL, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RJ, LABORATÓRIO DE BIOLOGIA REDOX, INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RJ

INTRODUÇÃO: A Injúria reperfusão intestinal (IRI) é um fenômeno que ocorre durante cirurgias vasculares abdominais e transplante de intestino delgado, com alta morbidade e mortalidade. Após a introdução do oxigênio no tecido isquêmico, ocorre liberação de espécies reativas de oxigênio e nitrogênio, agravando ainda mais o dano tecidual local e à distância. Os níveis séricos de óxido nítrico estão aumentados na injúria tecidual pós reperfusão intestinal.

OBJETIVO: Verificar o comportamento das espécies reativas de nitrogênio na isquemia reperfusão intestinal em um modelo murino.

MÉTODOS: Dezesseis animais Ratos wistar foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: simulação (SIM) e isquemia-reperfusão intestinal (I/R). Foram anestesiados, anulado artéria carótida para monitorar pressão arterial média invasiva (PAM), funcionada artéria da cauda para infusão das soluções, monitorizados com monitor multiparamétrico e ventilados. O grupo SIM foi submetido a laparotomia mediana e manipulação das alças. O grupo I/R, além do procedimento realizado no grupo SIM foi também submetido a clampeamento do ramo da artéria mesentérica superior a cinco centímetros do ceco por trinta minutos e retirado o clampeamento. Coletado amostras de sangue nos cinco minutos iniciais da fase de reperfusão e analisado quanto ao dano oxidativo gerado com a sonda dihidroetidina. Foram utilizados as sondas CM-H2DCFDA, DAF-FM e Aminoetil fluorosceína. Cada sonda avaliou por imunofluorescência a quantidade de ROS, óxido nítrico (NO) e peróxidonitrito (OONO) séricos.

RESULTADOS: Os parâmetros oxí- hemodinâmicos e metabólico (PAM, frequência cardíaca, oxigenação e bicarbonato) foram iguais entre os grupos. No grupo I/R, houve maior expressão de NO quando comparado ao grupo SIM, com as sondas DAF-FM respectivamente (mediana 91.1 [89.8-95.5], 97.6 [94.5-101.5], p=0.03) e com Aminoetil fluorosceína (mediana 91.3 [88.3-95], 96.8 [94.5-101.3], SIM e I/R respectivamente, p=0.01).

CONCLUSÃO: Com a confirmação do dano, através da aferição de espécies reativas de nitrogênio, conseguimos mensurar o dano oxidativo em modelo experimental de reperfusão intestinal quando comparada ao grupo simulação. A partir desse modelo torna-se possível estudar novas terapêuticas que objetivam reduzir a lesão da reperfusão intestinal.

Índice Remissivo

A

ADONIS NASR - 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 81, 82, 83
ADRIANA MARTINS RANGEL - 141, 145, 182
ADRIANA MELO BARBOSA COSTA - 278
ADRIANO GUIMARÃES FRANCO - 243, 247, 253, 265
ADRIELLE LIMA MUNHOZ - 23
ADRIELLE PEREIRA VINCENSI - 232
ADRIELLE RODAS FERNANDES - 142, 148
ALBERTO ELIAS HALLACK ARAUJO - 97
ALBERTO FIGUEIREDO DE ANDRADE - 237, 285, 315
ALBERTO SCHANAIDER - 142, 148
ALEJANDRO DELFOS HERMOZA - 250
ALESSANDRA MÖBIUS GEBRAN - 79
ALESSANDRO XAVIER MOURA - 347
ALEXANDRE COLMANETTI - 347
ALEXANDRE GOMES AGOSTINHO - 250
ALEXANDRE HERDEIRO DA SILVA - 266, 290
ALEXANDRE NAEGELE DE OLIVEIRA - 100
ALEXANDRE TEIXEIRA DE ALMEIDA - 123
ALEXANDRE VIANA DOS SANTOS - 38
ALEXIA DE SOUZA AZEVEDO - 171
ALICE PAES ALVES PEQUENO - 158
ALINE DESSIMONI SALGADO - 203
ALINE MACHADO TEIXEIRA AUAD - 14, 15, 73, 103
ALINE SOLÉ PEREIRA - 232
ALINE TIEMI KANO SILVA - 218
ALINE TROVÃO QUEIROZ - 102
ALLISON TAKEO TSUGE - 250, 264
AMANDA CRISTINA TORRES MARTINS BICALHO - 155
AMANDA DE FREITAS FRÓES - 190
AMANDA DENTI FAVERO - 233
AMANDA PRISCILA DE CARVALHO ALMEIDA - 60
AMANDA SANTOS PEREIRA - 95, 96
ANA BEATRIZ ESTEVES BATISTA - 166
ANA CAROLINA COUTAS DE OLIVEIRA - 166
ANA CAROLINA DE MORAES BUENO - 162
ANA CLAUDIA AGUIAR ALVES - 162, 176
ANA CLÁUDIA AGUIAR ALVES ARAÚJO NERI - 117
ANA FLÁVIA MARTINS CRUVINEL - 329
ANA LETÍCIA BARREIROS DE LIMA FERREIRA PINTO - 157, 221
ANA LIVIA DANTAS BALDUÍNO SILVA - 251
ANA LUISA BETTEGA - 64, 65, 66, 81
ANA PAULA FERNANDES BRAGA - 257, 323
ANA PAULA VIEIRA DE MACEDO - 296
ANA SILVIA ANDRADE GOMES - 220
ANDRÉ BEZERRA DE PINHO - 38
ANDRÉ GUILHERME LAGRECA DA COSTA CAVALCANTI - 280, 302
ANDRÉ LIMA JORDÃO - 119, 128, 129
ANDRÉ LUIZ PEREIRA PAES LEME - 320
ANDRÉ LUIZ PINHEIRO DE MENEZES - 246, 249, 343, 344, 345
ANDRÉ NICOLAS BIANCHIM - 102
ANDRÉ RICARDO CHAVES DOS SANTOS - 93, 140
ANDRÉ TUNES DE PAULA - 56, 306
ANDRE ZACARON - 93
ANDREA NEVES SOARES - 144
ANDREA POVEDANO - 144, 256
ANDREA SAADE DAHER BORJAILI - 226, 237, 285, 301, 309, 315

ANDREE VINICIUS MAGALHÃES DA SÁ - 288
ANDREI FERREIRA COSTA NICOLAU - 148
ANDRES ESTREMADOIRO VARGAS - 20
ANDY PETROIANU - 5, 39
ANE CAROLINE BARRETO - 138, 139
ANGELA CRISTINA GOUVÊA CARVALHO - 85
ANGÉLICA BAPTISTA SEGOVIA GOMES - 188, 335
ANIELA RODRIGUES GOMES DE BARROS - 149, 150, 167
ANNA CECÍLIA SANTANA DO AMARAL - 190
ANNA CLARA ASCENDINO CORRÊA - 204, 234, 261, 338
ANNA LUISA AGUIAR GUIMARÃES - 94, 117, 162, 166, 173, 176
ANNA PAULA DEL PIERO MARQUES DE ANDRADE - 219
ANTONIO AUGUSTO PEIXOTO - 153
ANTÔNIO CARLOS LEON DOS SANTOS - 163
ANTONIO CLAUDIO JAMEL COELHO - 93
ANTONIO DE ANDRADE SIMÃO - 326
ANTONIO JADSON ALVES DA COSTA - 284
ANTONIO KNEIPP PITTA DE CASTRO NETO - 149, 150, 167, 191
ANTÔNIO MIRALDI - 41
ANTÔNIO PEDRO LIMA COSTA PEREIRA - 183
ARIELE SOUZA MELO - 265, 275, 324
ARLINDO MAICO MARTINS DA SILVA - 337
ARTHUR BARROSO MARTINS DUTRA E MELLO - 60
ARTHUR DE LEMOS COELHO - 188, 335
ARTHUR INEU FIGUEIREDO - 235
ARTHUR LIMEIRA LIMA LEITE - 246, 249, 343, 344
ARTUR MEDEIROS ÁLVARES DA SILVA - 124, 130
ASTÉRIO MONTE FILHO - 201
AUGUSTO TORRES DE LIMA DA COSTA RAMOS - 242, 244, 269, 271
AURELIO BOTTINO - 193, 197
AZIZE CHAUDRAOUI - 193, 197

B

BALTAZAR FERNANDES - 217
BÁRBARA VITALI DE MATTOS PEREIRA - 326
BEATRIZ CUNHA MARENDAS RODRIGUES - 140, 179, 223
BEATRIZ ESCUDEIRO NASCIMENTO - 144, 174, 177, 181, 183
BEATRIZ GUBERT DEUD - 64, 65, 66, 81
BEATRIZ MARANTE - 202, 209
BEATRIZ MARTINS SILVEIRA CARROCIN - 79, 80
BERNARDO BOTTINO - 157, 193, 197, 221
BERNARDO GONÇALVES BASTIAN PINTO - 317, 330
BERNARDO NOGUEIRA LIMA DE FIGUEIREDO - 122, 126, 199
BERNARDO NOGUEIRA LIMA FIGUEIREDO - 109
BERNARDO TEIXEIRA PENTANHA - 162, 192
BIANCA PRANDI CAMPAGNARO - 301, 309
BRENO BARROS ALVES - 94, 117, 162, 166, 173
BRENO BRETAS RODRIGUES - 289
BRENO LOPES PORTO - 67, 68, 69, 82
BRUNA ARCOVERDE ABBOTT - 64, 65, 66, 81
BRUNA BRANDÃO DE REZENDE GONDIM - 238, 336
BRUNA CARMINATTI BAVARESCO - 171
BRUNA D. R. MONNERAT - 298, 314

BRUNA ILDA MARIA JOAQUINA DO NASCIMENTO - 313
 BRUNA LAGO CHAVES - 14, 15, 73, 103
 BRUNA MARQUES FREITAS - 54
 BRUNA VASCONCELLOS GUIMARAES - 168
 BRUNA ZORZAN LOBASSI - 101
 BRUNO CARLO VIEIRA LEMOS - 306
 BRUNO CESAR DIAS - 130
 BRUNO DE FREITAS BELEZIA - 306
 BRUNO EDUARDO SILVA RIBEIRO - 64, 65, 66, 81
 BRUNO FAGUNDES MUNIZ - 236, 276
 BRUNO FERNANDES - 220, 308
 BRUNO GONÇALVES RANGEL - 189
 BRUNO MENEZES COSTA - 251
 BRUNO OLIVEIRA MACIENTE - 104
 BRUNO RIGHI RODRIGUES DE OLIVEIRA - 194
 BRUNO SOUZA CALDAS - 221
 BRUNO VAZ - 317, 330
 BRUNO VAZ DE MELLO - 332, 339, 342

C

CAIO BIDES PALAIO - 120
 CAIO BRUM MONTE ALTO - 180, 222
 CAIO VIEIRA GRANATO - 213
 CAMILA ARAÚJO GOMES - 324
 CAMILA BARCELOS DE SOUZA - 85
 CAMILA CASSANI JORGE - 228, 306
 CAMILA GIACOMELLE THOMPSON - 323
 CAMILA GOMES DE SOUZA - 135
 CAMILA LATTANZI NUNES - 97
 CAMILA LIMA RIBEIRO - 113, 114
 CAMILA MARIA DE ARAÚJO SILVEIRA - 345
 CAMILA NASCIMENTO SILVA BARROS DE OLIVEIRA - 201
 CAMILA R. MARINHO - 162
 CAMILA ROGINSKI GUETTER - 70, 71, 72, 83
 CAMILA VEIGA BARBOSA - 123
 CAMILA VIEIRA GRANATO - 213
 CAMYLLA SANTOS DE SOUZA - 241
 CARLA SIMONE SILVA - 77
 CARLOS ARAI FILHO - 23, 80
 CARLOS AUGUSTO BATISTA - 166, 192
 CARLOS AUGUSTO GOMES - 323
 CARLOS AUGUSTO M. BATISTA - 162
 CARLOS AUGUSTO MARQUES BATISTA - 94, 117
 CARLOS BERNARDO COLA - 8
 CARLOS EDMUNDO RODRIGUES FONTES - 52, 283
 CARLOS EDUARDO BELARMINO FILHO - 263, 280, 302
 CARLOS EDUARDO DE CARVALHO SOUSA - 264
 CARLOS EDUARDO DE CASTRO AREAL - 324
 CARLOS EDUARDO OLIVEIRA SODERO - 51, 53
 CARLOS EDUARDO PEÇANHA DE BARROS - 339
 CARLOS EDUARDO SOUSA DE CARVALHO - 250
 CARLOS HENRIQUE BOASQUEVISQUE - 41
 CARLOS HENRIQUE DINIZ BRANCO - 173
 CARLOS MANOEL PEDRA PETTO GOMES - 140, 179, 223
 CARLOS ROBERTO NAUFEL JUNIOR - 294
 CAROLINA GALVÃO TEIXEIRA - 236
 CAROLINA MONTE SANTO BURDMAN PEREIRA - 102
 CAROLINA PRINCIPE DO AMARAL INNECCO - 84
 CAROLINA TRANCOSO DE ALMEIDA - 253, 265
 CAROLINE BRITO NOVAES - 258
 CAROLINE LEITE MOLINA - 52, 283

CAROLINE LOUISE BALCEWICZ DAL BOSCO - 20, 77
 CAROLINE MAFRA DE CARVALHO MARQUES - 40
 CASSIA FERREIRA DOMINGUES - 43
 CASSIA YUMI YAMAMOTO TAKANO - 133, 134, 224
 CASSIO ANDRADE CINTRA - 205
 CÁSSIO DESTEFANI LOPES - 191, 260, 262
 CASSIO LOUZADA BORGHI - 341
 CÉLIA GARRITANO - 73
 CÉLIA GONÇALVES - 113
 CÉLIA MARIA GOUVEIA DE FREITAS - 97
 CELIA REGINA DE OLIVEIRA GARRITANO - 62, 73
 CHARLES DEMITROV - 135
 CHRISTIAN ESTEBAN ASTUDILLO - 155
 CHRISTIAN ESTEBAN ASTUDILLO VALLEJO - 184, 267
 CHRISTINA ALBUQUERQUE GONÇALVES DE SOUZA - 118
 CHRYSTIAN JUNIO RODRIGUES - 163, 164, 165, 194, 205, 206
 CINARA OLIVEIRA MARTINS - 346
 CIRENIO DE ALMEIDA BARBOSA - 47, 48, 49, 50, 299, 307, 310, 312
 CLARISSA CASTRIGHINI MACEDO DE SOUSA - 297
 CLARISSE DE MOURA CUBRIC - 180
 CLAUBIANO CIPRIANO MOURA - 278, 292
 CLAUDIA ABIB SCHREINER - 180
 CLAUDIA VASCONCELLOS - 295
 CLAUDIO RICARDO CAPELA BOGDAN - 52, 283
 CRISSIA PITANGA MALTA - 313
 CRISTIANO MELO GAMBA - 296
 CRISTIANO NIQUINE DE FREITAS - 268
 CRISTIANO ONTIVEIRO PEREIRA - 78

D

DACIANO MIRANDA - 220, 308
 DAIANE DE OLIVEIRA SOARES - 112, 297
 DALTON MUNIZ SANTOS - 5
 DANIEL BRETAS MARTINS ROSA - 220, 308
 DANIEL PAULINO SANTANA - 279
 DANIELA CEZÁRIO MENEZES - 266, 290
 DANIELA DE SOUZA ANDRADE - 94, 166, 173
 DANIELA FONSECA LISBOA KAYSER - 243, 247, 253, 265, 270, 275, 279
 DANIELI SALES LUZ - 117
 DANIELLA MONTECINO VAZ DE MELO - 257
 DANILO BUSSYGUIN SAAVEDRA - 75, 76
 DANILO NAGIB SALOMÃO PAULO - 237, 285, 301, 309, 315
 DAVI SARTÓRIO CYPRIANO - 188, 335
 DAYRA APARECIDA DE ALMEIDA PINHEIRO - 236
 DÉBORA A. D. PEREIRA - 298, 314
 DEBORA COHEN ZAIDE - 327
 DÉBORA FERREIRA DOS SANTOS - 174, 177, 181
 DÉBORAH MENEZES ABUCHAIM - 60
 DEISY BRIGID DE ZORZI DALKE - 75
 DENIS SZEJNFELD - 130, 296, 341
 DIANDRA MARCELA KARPINSKI - 155, 184, 267, 268
 DIEGO CENTENARO THOMAZ - 274
 DIEGO LUCAS SOARES DE ALMEIDA - 97
 DIEGO PEREIRA ZILLE - 253
 DIOGO ARAÚJO SIMÕES - 38
 DIRCEU EDUARDO TEIXEIRA PINTO - 80
 DOUGLAS MARQUES FERREIRA - 251

E

EDMILSON CELSO SANTOS - 247
 EDUARDA CASTELO BRANCO ARAÚJO BERNAL - 51, 53
 EDUARDA FERREIRA MATOSO - 23
 EDUARDA MENDES COSTA - 56, 228, 306
 EDUARDA VIEIRA RODRIGUES - 183
 EDUARDO COSTA TEIXEIRA - 177, 181
 EDUARDO DA CÁS - 20
 EDUARDO HÜBNER DE SOUZA - 187
 EDUARDO LENZA SILVA - 89
 EDUARDO NAKAGAWA DE CARVALHO - 176
 EDUARDO VIANA - 189, 198, 202
 ELIANE BASQUES MOURA - 56
 ELIZABETH CRISTINA ALVES UHL - 326
 ELIZABETH G. SANTOS - 109
 ELIZABETH GOMES DOS SANTOS - 57, 108
 ELIZABETH GOMES SANTOS - 199
 ELY FELYPY SOARES LOROSA - 62, 146
 EMERSON LEÃO INÁCIO DE MELO JÚNIOR - 222
 ENYANA CEOLIN LAMEGO - 96
 ERICK COELHO VALADARES - 123, 289
 ERIK FIGUEIREDO RIBEIRO - 240
 ERIKA HENN RABEQUE - 228
 ERLON DE AVILA CARVALHO - 165, 206
 ESAU FURINI FERREIRA BARROS - 250
 ESTEVÃO CONTAGE AMIN - 125, 143, 219, 231
 ESTHER OLIVEIRA DA SILVA - 253, 270
 EUGÊNIA RODRIGUES FERREIRA - 246
 EVA CAROLINE MELO ROLIM - 321
 EVANDRO CÉZAR CIANFLONE FILHO - 101
 EVANDRO INACIO DOS SANTOS - 128, 129
 EWERSON CAVALCANTI SILVA - 75
 EZEQUIEL AGUIAR PARENTE - 343, 345

F

FABIANA JAEGER - 325
 FABIANO LIBÓRIO CAMPOS - 276
 FÁBIO HADDAD MARCELINO ALMEIDA - 347
 FÁBIO MAGY MENDES FILHO - 324
 FABIO MURAI DE SOUSA - 225
 FÁBIO SANTIAGO - 337
 FABRICIO INACIO DE MORAES NASCIMENTO - 346, 347
 FELÍCIA ROBERTA SÁ BRITTO ANTUNES - 113, 114, 232, 233, 235, 293, 325
 FELIPE A. THEREZA DOS SANTOS - 279
 FELIPE AUGUSTO THEREZA DOS SANTOS - 243, 253
 FELIPE CARVALHO VICTER - 111, 140
 FELIPE DE LIMA MONTEIRO - 249, 344
 FELIPE DE OLIVEIRA BRITO QUEIROZ - 132
 FELIPE EULALIO BALDI PESSANHA - 178
 FELIPE FÉLIX DOS SANTOS - 193, 197
 FELIPE JUNQUEIRA - 62
 FELIPE ROMANO GONÇALVES CARVALHO - 125, 231
 FELLYPE COELHO AMARAL - 163, 164, 165
 FERNANDA BAPTISTA DE SÁ LEITÃO - 41, 112, 186
 FERNANDA CAROLINA FRAIOLI PROENÇA - 245
 FERNANDA COUTINHO KUBASKI - 113, 114, 232, 233, 293, 325
 FERNANDA FREITAS FRANCA - 137
 FERNANDA IGLEZIAS SACOMAN MARQUES - 264
 FERNANDA LARA BORGES - 324

FERNANDA MATHIAS AGUIAR DA SILVA - 123
 FERNANDA ROCHA DORNELES - 51, 53
 FERNANDA SANTOS ROSA - 186
 FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON P. DE CASTRO - 196, 199
 FERNANDO BRÁULIO PONCE LEON PEREIRA DE CASTRO - 11, 84, 122, 126, 196, 199
 FERNANDO BRAY BERALDO - 143
 FERNANDO CERQUEIRA NORBERTO DOS SANTOS FILHO - 251
 FERNANDO CÉSAR DA COSTA DUARTE - 322
 FERNANDO CÉSAR FERREIRA PINTO - 228
 FERNANDO DAMIANI - 59
 FERNANDO PONCE LEON - 109, 201
 FERNANDO SÁ FREIRE DE PINHO JUNIOR - 157, 221
 FILIPPO RESENDE CARLETTI - 120
 FILLIPE NÍCOLAS FARIAS ARAÚJO - 344
 FLÁVIA HEIDERICH DALL'ORTO - 226, 309, 315
 FLAVIA MEDEIROS LIMA - 192
 FLAVIA MOREIRA DE GODOY - 134
 FLÁVIA PIROLI - 113, 114
 FLÁVIO ANTONIO DE SÁ RIBEIRO - 281, 313
 FLÁVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASHICH - 20, 22, 23, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83
 FLÁVIO MARQUES DE CARVALHO - 54, 55, 174, 181
 FLAVIO ROTHFUCHS - 298, 314
 FLORENTINO A. CARDOSO FILHO - 152
 FRANCESCO COSTANTINI MESQUITA - 346
 FRANCISCO EDUARDO SILVA - 136, 141, 145, 182, 204, 261
 FRANCISCO OSMAR SOUSA ARRUDA - 246, 249, 343, 344, 345
 FRANCISCO PIMENTA MARQUES - 124, 130
 FRANCISCO ZANOTELLI ZANELLA - 58
 FRANCO ANTONIO NEVES - 184
 FREDERICO AUGUSTO RAMOS DA SILVA - 240
 FREDERICO NOGUEIRA PEREIRA - 220, 308

G

GABRIEL ARAUJO FERRARI FIGUEIREDO - 132
 GABRIEL BERNARDO DE ASSIS GALHARDO - 22
 GABRIEL DA SILVA MORFIN - 124
 GABRIEL DIAZ DE MIRANDA - 331
 GABRIEL DOS SANTOS WINZ - 97
 GABRIEL LEMOS ANTUNES - 261
 GABRIEL MAZZOCCO DA SANT'ANNA - 288
 GABRIEL S. THIAGO CAVALLEIRO - 173
 GABRIEL SOUZA LORENZONI - 226, 301, 309, 315
 GABRIEL VICTOR DORNELAS - 239
 GABRIELA DA SILVA GOULART - 115, 185
 GABRIELA DE MARTIN SILVA - 253, 265, 270, 279
 GABRIELA DOS SANTOS DE CARVALHO LEGG - 100, 135
 GABRIELA GOMES THINASSI LAMAS - 213
 GABRIELA MARCHETTI DE CASTRO - 171
 GABRIELA RODRIGUES KNITTEL FERREIRA - 346
 GABRIELA SOUZA ALVES - 154, 177
 GABRIELLA DE MACEDO BAUMAN - 228
 GABRIELLA EDUARDA JACOMEL - 23, 78
 GABRIELLA PAZZANESE BARREIRA - 134
 GABRIELLY SARAIVA PORTO GARCIA - 88, 91, 146, 280
 GEISON ORÇAY ECCARD - 242, 266, 290
 GIANCARLO JORIO ALMEIDA - 4, 151, 183

GIANNE DONATO COSTA VELOSO - 13
GIOVANA LANDAL DE ALMEIDA LOBO - 291, 294, 316
GISELI CELESTINO NUNES - 226, 285, 315
GISELLA MARGARITA MOLINA ESPINOZA - 153
GIULIA REIS LONGHI ADAMI - 133, 134
GIULIA VENDRAMINI FERREIRA - 133
GLAUCO DOS SANTOS MONTEIRO - 157
GLEICIELI MONTEIRO PEREIRA - 281
GRACIELE DE CARO REIS MACHADO - 85, 101
GUILHERME ANDRADE COELHO - 316
GUILHERME AUGUSTO POLAQUINI - 75
GUILHERME BRANDÃO BOUZAS - 158
GUILHERME C. BRAGA - 298
GUILHERME CAMARGO GONÇALVES DE ABREU - 133, 134
GUILHERME CRUZ BRAGA - 314
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES - 166, 192
GUILHERME DA SILVA GUIMARÃES JUNIOR - 94
GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI - 4, 88, 146, 151, 183, 256, 338
GUILHERME DIAS BONADIRMAN - 118
GUILHERME FERRARINI FURLAN - 291, 294
GUILHERME GOMES DE SOUZA CASTRO - 38
GUILHERME GUEDON DE OLIVEIRA - 289
GUILHERME JANKE - 235
GUILHERME PINTO BRAVO NETO - 109, 126, 199
GUILHERME REZENDE - 163, 164, 165
GUSTAVO HENRIQUE BORGES DE BRITO - 257
GUSTAVO MELO DA SILVA - 201

H

HANNA VASCONCELOS - 189, 198
HANNA VASCONCELOS SENA DE CARVALHO - 158, 202, 209, 210
HAROLDO GONÇALVES DIAS JUNIOR - 87
HEIDER SILVA DUARTE - 163, 164, 165, 194, 205, 206
HELENA BOTELHO MARQUES - 164, 205, 206
HELENA MANFRINATO KASTANOPOULOS - 144
HÉLIO AGUIAR RIBEIRO - 86
HENRI LUIZ MORGAN - 137
HENRIQUE MELO XAVIER - 252
HERCÍO AZEVEDO DE VASCONCELOS CUNHA - 224
HERNANE SAD MEDINA - 200, 203
HIRON MARCOS BARRETO RODRIGUES - 14, 15, 73, 103
HUDSON PINHEIRO CAMPOS - 243, 247, 270
HUGO NONATO LUSTOSA CORREIA - 94, 192
HUMBERTO BALBI REALE NETO - 347

I

IAN DAMAS VIEIRA - 123, 125, 231
IANA LOUISE LOPES LAMEGO DE OLIVEIRA - 194
IARA ALMEIDA ADORNO - 102
IASMIN CAVA DE SÁ - 144
IGOR ANDRÉ TELLES DA CUNHA - 322
IGOR DOMINICK MICHALICK - 268
IGOR JOSÉ CARVALHO FEITOSA - 149
IGOR OLIVEIRA NEVES - 263
INANCI MARINS COUTINHO - 240
INGRED HELLEN DE RESENDE - 173
INGRID LUNA HOERNER E SILVA - 225
IRINEU RUBINSTEIN - 91

ISABEL BUTTER AMIM - 124, 130
ISABELA MARIA VICENTE GONÇALVES - 118
ISABELLA DE ALMEIDA KLEIN - 55, 337
ISABELLA SOUSA SILVA - 213
ISABELLE KRISTAL GRALA SOUZA E SILVA - 233
ISABELLE MARINHO ROZISKA - 136, 204, 261
ISADORA LISBOA SENA - 123
ISADORA MARQUES DE SOUZA OLIVEIRA - 327
ÍSIS CHAVES FONSECA - 236
ISTEFANY DAYANNA COSTA LIMA - 152
IURY FREITAS FERRAZ - 86
IWAN AUGUSTO COLLAÇO - 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 81, 82, 83
IZABEL DE OLIVEIRA KARAM - 96
IZABELA DE PAIVA FELIPE - 51
IZABELA PAIVA FELIPE - 53

J

JAIR JHONATAM DE SÁ SILVA - 176, 192
JAIR JHONATAN DE SÁ SILVA - 162
JAIR JONATHAN DE SÁ SILVA - 117, 173
JAIR ESTEBAN ASTUDILLO VALEJO - 268
JAIR SEBASTIAN ASTUDILLO - 184
JAIR SEBASTIAN ASTUDILLO VALLEJO - 155, 267
JAÍSSE CRUZ VALENTE - 44, 45
JANINE MARGUTTI LANZANOVA - 232, 233, 293
JEAN RAITZ NOVAIS - 67, 68, 69, 82
JEFFERSON SING TOLEDO JUNIOR - 327
JÉSSICA ESCORCIO DE ANDRADE - 338
JÉSSICA LOURENÇO DOS SANTOS - 220, 308
JESSICA PERES REZENDE GARCIA - 289
JÉSSICA RANGEL TEIXEIRA PINTO - 55
JESSICA RODRIGUES DE ABREU - 293
JÉSSICA VICTOR DE LACERDA CABRAL - 152
JIVAGO ANTONIO TANAHASHI LISOT - 13
JOANA DE SOUZA LOPES - 180
JOÃO CARLOS NEPOMUCENO GONÇALVES - 119, 128, 129
JOÃO GABRIEL DA SILVA PORTO - 146
JOÃO GUILHERME CARVALHAL DE SOUZA - 60
JOÃO PEDRO DE ARAÚJO SIMÕES CORRÊA - 328
JOÃO RENATO CARDOSO MOURÃO - 322
JOÃO TOBIAS, GUILHERME GUEDON DE OLIVEIRA - 12
JOÃO VITOR COTRIM GONÇALVES - 11
JOAQUIM FERREIRA DE PAULA - 117
JOAQUIM RIBEIRO FILHO - 84, 93, 109, 112, 122, 156, 172, 175, 199, 225
JONATAS LUIS PEREIRA - 23, 76
JONATHAN LEAL CHELMINSKI - 235
JORDANA SANTOS ANTUNES DE OLIVEIRA - 183
JORGE LUIS GUERRERO CISNEROS - 155, 267
JORGE MIGUEL HAUAT ELIAS DE CASTRO - 120
JORGE OMAR NASCIMENTO - 58, 59
JOSE ALEJANDRO RESTOM CORRALES - 109, 153
JOSÉ ALFREDO CAVALCANTE PADILHA - 141, 145, 182
JOSÉ ARTHUR DANTAS BALDUÍNO - 251
JOSÉ DE ASSIS E SOUZA JÚNIOR - 313
JOSÉ DIAS DE CASTRO ARAUJO - 63, 318
JOSE EDUARDO CARVALHO TEIXEIRA - 276
JOSÉ EDUARDO FERREIRA MANSO - 11, 142, 148, 196
JOSE FRANCISCO DE MATTOS FARAH - 124, 130, 296, 341
JOSÉ ISMAR DE ASSIS NETO - 243, 247

JOSÉ JORGE SANCHES - 43, 288
JOSE JULIO DO REGO MONTEIRO FILHO - 272
JOSÉ LUIZ DE LACERDA JUNIOR - 120
JOSÉ MARCUS RASO EULÁLIO - 112, 142, 148, 186, 196
JOSÉ MARTINIANO SANTOS DE LIMA FILHO - 154, 174
JOSÉ ORLANDO COSTA FILHO - 345
JOSÉ ORLANDO DA COSTA FILHO - 246
JULIA BELIZÁRIO SILVEIRA - 226, 237, 301
JÚLIA CORREIA CARDOSO GUIMARÃES - 191, 260, 262
JULIA FURLAN ANASTÁCIO - 316
JULIA GOGINSKI - 20
JULIA LUBACZWSKI DOS SANTOS - 139, 169, 170
JULIA LUZO ELIAS THAME - 134
JULIA RADICETTI DE SIQUEIRA PAIVA E SILVA - 142, 148
JÚLIA TONETTO PORTO - 138, 139
JÚLIA VIEIRA - 295
JULIANA CRISTINA DE OLIVEIRA LIMA - 155, 267, 268
JULIANA DA COSTA ROSA - 313
JULIANA RODRIGUES CORREA - 338
JULIANA S. GARCIA - 314
JULIANA SILVA GARCIA - 298
JULIANA TRINDADE DE ANDRADE - 266
JULIANE DA SILVA NEMITZ - 113, 141
JULIANO ALVES FIGUEIREDO - 243, 247, 270
JÚLIO CÉSAR TOLENTINO JÚNIOR - 338
JURANDIR MARCONDES RIBAS FILHO - 291

K

KAIC FIUZA CAMPOS - 191, 260, 262
KAIO LUCAS PEREIRA NEVES BARBOSA - 188, 335
KARLA PINHEIRO FARIA DE AZEREDO BARCELOS - 289
KARLO DANILSON DE MORAES SOUSA - 250
KATHLEEN SERRÃO PENA - 281
KATRIN MÖBIUS GEBRAN - 77
KELLY RENATA SABINO - 5
KELRE WANNLEN - 77, 78
KENNYA HENRIQUETA DE CARVALHO - 70, 71, 72, 83
KEVIN LIMA TAVARES - 219
KIANE WERNECK ASSUMPÇÃO BRUNO - 297
KIM LIMA NASCIMENTO - 219
KRYSSIA DE OLIVEIRA BRITO DE QUEIROZ - 132

L

LAILA MAGLIANO LEITE - 332, 342
LAILA PEREIRA SCHNEIDER - 79
LAÍS GOMES MOREIRA - 154, 177
LAIS MARIA NUNES LIE - 185
LAÍS MARTINS MAGALHÃES ALMEIDA - 194, 205, 206
LAIS RISCADO SALDANHA - 326
LAÍS SALES FREIRE SILVA - 191, 260, 262
LARISSA CAVALCANTE AMORA - 343
LARISSA DOS SANTOS CARDOSO - 296
LARISSA HALLAL RIBAS - 293
LARISSA MARTUCCI - 347
LARISSA STRELNIEK AGUIAR - 151, 183
LARYSSA DE CASSIA FERREIRA - 194, 205, 206

LARYSSA NAYANA SOUZA SILVA DE OLIVEIRA - 281
LAURA ALVES DE SOUZA DIAS - 56
LAURA DE VITERBO LAGE - 56, 306
LAURA DIAS PEREIRA - 173
LAURA DORNELAS CORRÊA - 239
LAURA PEREIRA GUIMARÃES - 88
LAURA ZAGO MUNHOZ - 113, 114, 233, 235, 293, 325
LEANDRO BONECKER LORA - 322
LEANDRO DE OLIVEIRA CAAMARA - 288
LEANDRO JOSE KRAUSE BINDA - 119, 128, 129
LEANDRO MARCHETTI BRUNO - 149, 167, 168
LEO LARA ESPINOZA - 54, 55, 154, 174
LEON DO ESPÍRITO SANTO GOMES - 135
LEONARDO ARAÚJO GUIMARÃES - 252
LEONARDO AUGUSTO SILVA MACHADO - 56
LEONARDO BACELAR CANTANHEDE - 186
LEONARDO DAUMAS PORTO - 100, 127
LEONARDO DE SOUZA VASCONCELLOS - 5
LEONARDO FERRAZ - 217
LEONARDO GUIMARÃES RANGEL - 238
LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA - 139, 169, 170
LEONARDO RENAUX MORAIS - 115
LETHÍCIA SILVA SANTOS - 299
LETICIA ALVES MACHADO - 327
LETÍCIA BORGES DE MATTOS BITTENCOURT VENTURA - 313
LETICIA CARLOTA BONATTO - 77, 78
LETICIA PORTO DA SILVA - 132
LETÍCIA RIOS CARNEIRO - 56, 306
LIA MOREIRA PINTO CUNHA - 246, 249, 343, 344, 345
LIA ROQUE ASSUMPÇÃO - 38, 223, 238, 328, 336
LIGIA NASCIMENTO FIGUEIREDO AMARAL - 265, 270, 275, 279
LINCOLN ALVES RIBEIRO - 251
LISIEUX EYER DE JESUS - 85
LIVIA BERNARDEZ SALLES DE ASSIS - 168
LIVIA CISNE KOENOW - 149, 150
LIVIA DORNELAS CORRÊA - 239, 241
LIVIA PAULUCCI CAVALCANTE ANDRADE - 243, 247, 270
LÍVIA PONTARA - 119, 128, 129
LORENA COSTA LOPES - 281
LORENA LOPES DE PAULA - 120
LOURIVAL DINIZ CARVALHO NETO - 251
LUANA FRAGA TORRES DE OLIVEIRA - 100, 127
LUANA MODESTO LOPES CALDEIRA - 190
LUANA THAYSE BARROS DE LIMA - 292
LUCAS ALLAN PORFIRIO - 266
LUCAS ALLAN RIBEIRO PORFIRIO - 242, 244, 269, 271, 290
LUCAS BARRETO RIQUE - 146
LUCAS BERTOLIN - 137
LUCAS CAMPOMIZZI CALAZANS - 190
LUCAS CARNEIRO DE FREITAS - 289
LUCAS CARVALHO SANTOS DOS REIS - 171
LUCAS DANILLO MOREIRA DE JESUS - 52, 283
LUCAS DE ORNELAS DOHER NACIF CARNEIRO - 274
LUCAS DEMETRIO DOMINGUES DE SOUZA - 259
LUCAS DUARTE BETTIN - 96
LUCAS GAYO PEREIRA - 324
LUCAS MORENO PERLINGEIRO NUNES NETO - 136, 204, 261
LUCAS PASTORI STEFFEN - 138, 139, 169, 170
LUCAS RAMOS FACCI - 147

LUCAS RODRIGUES DA CUNHA PAES LEME - 191, 260, 262
 LUCAS RODRIGUES PEREIRA PAES LEME - 320
 LUCAS SCARANELLO - 256
 LUCCA JAEGER MARTINS - 157
 LUCIANA CARVALHO HORTA - 184, 267, 268
 LUCIANA CRETTON RIZZO - 100, 127, 135
 LUCIANA SOUZA DE ASSIS ROBERTO - 135
 LUCINEIDE MARTINS DE OLIVEIRA MAIA - 102
 LUCIO FILGUEIRAS PACHECO - 259
 LUIS ANTONIO V. GUERRA - 298, 314
 LUIS ANTONIO VANNI GUERRA - 97, 240
 LUIS FERNANDO SPAGNUOLO - 67, 68, 69, 82
 LUIS ROBERTO MANZIONE NADAL - 219
 LUÍSA ENDRES DA CUNHA - 235
 LUÍSA MENDONÇA DE SOUSA PINHEIRO - 232, 233, 235
 LUIZ ALVES DA SILVA NETO - 119, 128, 129
 LUIZ ARNALDO SZUTAN - 22, 80
 LUIZ CARLOS DUARTE DE MIRANDA - 168
 LUIZ HENRIQUE JARRA MARTINS - 123
 LUIZ RONALDO ALBERTI - 39
 LUIZA ARAÚJO LOBO DE SOUSA - 132
 LUIZA BASILIO RODRIGUES - 99
 LUÍZA CARDOSO LOURENÇO - 111, 258
 LUIZA DE OLIVEIRA BARBOSA COUTINHO - 100, 127
 LUIZA HELENA ACÁCIO COSTA - 152
 LUIZA PORTO JARSKE - 97
 LUIZA RODRIGUES BATISTA - 54
 LUIZA SEGANFREDO MAINARDI - 58, 59, 187

M

MAGNUM DE OLIVEIRA MATOS - 276
 MAÍSA MUNIZ OLIVEIRA - 87, 208
 MANOEL LUIZ FERREIRA - 142, 148
 MANUEL DOMINGOS DA CRUZ GONÇALVES - 156, 172, 175
 MANUELLA CAROLINE DUTRA FRAZÃO ALVES - 302
 MANUELLA DE SOUSA MONSORES - 120
 MARCEL PIRES RODRIGUES FREITAS - 179
 MARCELA BARBOSA PEREIRA - 213
 MARCELA GONDIM AGUIAR - 152
 MARCELA MONHO BOTTINO SANT'ANNA - 193, 197
 MARCELA PINHEIRO DE ARAÚJO CRAIDE - 165, 194, 206
 MARCELA SOUZA LIMA PAULO - 226, 237, 285, 301, 309, 315
 MARCELLA FONSECA KOUKIDIS - 95, 96
 MARCELLO ARAUJO DE SOUZA - 166
 MARCELO BARROS WEISS - 236
 MARCELO BARROS WEISS - 239, 276
 MARCELO ENNE - 198
 MARCELO ENNE - 202, 209, 210
 MARCELO GOMES GIRUNDI - 155, 184
 MARCELO MOCHATE FLOR - 219
 MARCELO TSUYOSHI YAMANE - 20, 22, 67, 68, 69, 82
 MARCELUS VINICIUS DE ARAUJO SANTOS NIGRO - 286
 MÁRCIA FAYAD MARCONDES DE ABREU - 133
 MÁRCIO ALEXANDRE TERRA PASSOS - 102
 MARCIO BALIEIRO - 217
 MARCIO JOSÉ JAMEL - 122, 186
 MARCIO LUCIANO CANEVARI FILHO - 70, 71, 72, 83

MARCO ANTÔNIO SANTOS OLIVEIRA - 13
 MARCOS ALENCAR TAVARES - 278, 292
 MARCOS AUGUSTO DE CARVALHO - 213
 MARCOS CAMPOS WANDERLEY REIS - 253, 265
 MARCOS FEIJÓ GIANOTTI - 156, 172, 175
 MARCOS LÁZARO AVELLAR CHAVES - 104
 MARCOS ROS ZAMBELLI DE ALMEIDA - 268, 275
 MARCOS VINÍCIUS GONÇALVES DE OLIVEIRA - 163, 164, 165
 MARCUS FELIPE JARDIM DO NASCIMENTO - 104, 105
 MARCUS VINICIUS DA SILVA COIMBRA FILHO - 55, 154, 177
 MARESSA MALINI - 226, 237, 285, 301, 309
 MARIA ANTONIA RIBEIRO DE SOUZA SAMPAIO - 274
 MARIA CRISTINA ARAÚJO MAYA - 223, 336
 MARIA DA GRAÇA PASQUOTTO DE LIMA ASSEF - 215
 MARIA DE FATIMA REI PEREIRA BARROS - 149, 150
 MARIA DE PAULA GLIELMO - 88
 MARIA EDUARDA BARRETO DO COUTO - 8
 MARIA EDUARDA BOURET - 234
 MARIA EDUARDA MORGADO DA SILVA - 281
 MARIA ELENA MANDARIM DE LACERDA - 252
 MARIA JIULIA MARIANO SANQUITE HOFFMANN - 169
 MARIA JULIA MACEDO BONATTO - 75, 79
 MARIA LAURA BARBIN LUCAS - 100, 127
 MARIA MARIANA MUNIZ JORGE - 331
 MARIA RIBEIRO SANTOS MORARD - 245
 MARIAMA BARROSO DE LIMA - 168
 MARIANA CAMPOS SALGADO - 295
 MARIANA HOLLÓS FIORENCIO - 225
 MARIANA LOPES OLIVEIRA - 331
 MARIANA QUINTELA RODRIGUES PEREIRA - 88
 MARIANA SANTOS CARVALHO - 88
 MARIANA VIEIRA GARCIA DE CARVALHO - 74
 MARIELE RIBEIRO NUNES - 324
 MARÍLIA DE SOUZA PENIDO - 286, 291, 294, 316
 MARINA SAD NAVARRO - 104
 MÁRIO CELSO MARTINS REIS - 41
 MARISE CLÁUDIA MUNIZ DE ALMEIDA - 222
 MARLON AUGUSTO SCHIOCCHET MONARIM - 296
 MARVIN WILLIE SILVA FOSTER - 112
 MATHEUS CRISTINO MARTINS - 97
 MATHEUS DIAS BARCELOS COUTINHO - 100, 127
 MATHEUS FÁVERO DAMASCENO - 282
 MATHEUS LEITE ROLIM MOREIRA - 292
 MATHEUS VELOSO SANTIAGO - 13
 MATHIAS SILVESTRE DE BRIDA - 325
 MAURICIO ALVES RIBEIRO - 22, 80
 MAURÍCIO RUBINSTEIN - 91, 280, 302
 MAX ROGERIO FREITAS RAMOS - 304, 305
 MAYARA SANE FUJIMOTO - 62
 MAYKON WANDERLEY LEITE ALVES DA SILVA - 241
 MAYRA ANDREA SEVERICH - 264
 MAYRA SEVERICH TORRICO - 250
 MELISSA MARTINS BARBOSA - 178, 252
 MICHEL CALABRIA - 295
 MICHEL DANTAS ROCHA - 190
 MICHEL WASHINGTON CALABRIA CARDOSO - 242, 244, 266, 269, 271, 290
 MICHELE MEDEIROS DEMUTTI - 328
 MICHELLE TERTULIANO BRUNO AHMED - 191, 260, 262

MIGUEL CHAVES FILHO - 240
MILENA AUGUSTA FONSECA CABRAL - 327
MILTON PEREIRA DE ARAUJO JUNIOR - 329
MIRIÃ BOARETTO TEIXEIRA FERNANDES - 54
MIRLEN LOPES SENA - 171
MOANA CAVALCANTE - 278
MURILLO JOSÉ CASTRO SALVATO - 124
MURILO SPINELLI PINTO - 282

N

NÁBIA MARIA MOREIRA SALOMÃO SIMÃO - 326
NAJARA GOMES DOS SANTOS - 154, 174, 181
NATÁLIA D'ARC QUEIROZ PIMENTA - 312
NATALIA MARIE MINEHIRA - 320, 334
NATÁLIA SANTOS DE MELO - 89
NATASCHA STENZEL MATHUIY - 177, 181
NATASHA STENZEL MATHUIU - 154
NATHALIA BARROS DE OLIVEIRA SANTOS - 11, 109, 196, 199
NATHÁLIA PEREIRA DOS SANTOS MELLO - 185
NEWTON CARLOS VIANA LEITE FILHO - 219
NICKSON DELLA GIUSTINA - 76
NICOLE GOULART SAVIATTO - 114
NILSON CHAVES JÚNIOR - 102
NIVALDO FONTOURA SEVERO - 232, 233, 235

O

OTACILIO DE CAMARGO JUNIOR - 133, 134

P

PABLO DOS SANTOS FLORIANO - 243, 247
PABLO JORDAO - 288
PABLO SUHURT SALGADO - 289
PAOLA COSTA REIS - 296, 341
PAOLA DE ARAUJO SARDENBERG ALVES - 178
PATRICIA FRAGA PAIVA - 241
PATRICIA LEFEVRE SCHMITZ - 331
PATRICIA NAVEGA CRUZ FERRAZ - 111
PATRICIA YUMI SAKAMOTO - 134
PAULA FATTURI MORETZ-SOHN - 242, 244, 269, 271
PAULA FERREIRA BRASIL - 297
PAULA FONSECA GOMES - 192
PAULA LOUREIRO MEIRELES ÁVILA DE MORAIS - 236
PAULA MARSICO - 41
PAULA MORETZSOHN - 266
PAULA SAMPAIO DE AZEVEDO - 185, 322
PAULA SILVA LUSTOSA - 130
PAULO CESAR DA SILVA AZIZI - 4, 8
PAULO CESAR SILVA - 142, 148
PAULO DE TARSO VAZ DE OLIVEIRA - 105
PAULO FERNANDO MARTINS PINHEIRO - 56
PAULO HENRIQUE PEDROSA - 202, 209
PAULO HENRIQUE Q. R. PEDROSA - 189, 198
PAULO JOSE M MACEDO - 272
PAULO ROBERTO FALCÃO LEAL - 179
PAULO ROGÉRIO MORITZ POSTIGO - 303, 304, 305
PEDRO DE ANDRADE GUERRA - 135
PEDRO DE CARVALHO GALVÃO ALVES - 55
PEDRO EDER PORTARI FILHO - 60, 234, 256, 338
PEDRO GUIMARÃES ROCHA LIMA - 245
PEDRO HENRIQUE ALVES OLIVEIRA - 39
PEDRO HENRIQUE DALL'AGNOL - 138, 139
PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA SILVA - 279

PEDRO HENRIQUE ESTEVES GONÇALVES - 156, 172, 175, 186
PEDRO HENRIQUE OLIVEIRA DE AMORIM - 216
PEDRO IVO BITTENCOURT TEIXEIRA LEITE - 217
PEDRO LEONARDO SANCHES FAVERET - 337
PEDRO PINHEIRO DE LEMOS NETO - 296, 341
PETER FRANÇA LINS DE CARVALHO - 73
PHILIPPE CHAVES WINTER - 257
PHILIPPE RAMOS ACCIOLY - 241
PHILLIPE ABREU-REIS - 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83
PHILLIPE GERALDO T. DE ABREU REIS - 20, 23
PLÍNIO AUGUSTO MOREIRA FONSECA - 157, 197, 221
POLLYANA CRISTINA MENDES ARAUJO - 216
POLLYANNA DA SILVA SIQUEIRA - 178, 252
PRISCILLA GARCIA DE ANDRADE - 74, 132
PRISCILLA HAUI DE OLIVEIRA GALUZZI FONSECA - 43
PRISCILLA SOUZA DA CRUZ - 322

R

RAFAEL ALBUQUERQUE DE CARVALHO - 96, 293
RAFAEL GARRIDO SOUZA COSTA - 55, 154
RAFAEL GAYO PEREIRA - 324
RAFAEL GUSTAVO GOMIDE ALCÁNTARA - 276
RAFAEL LUÍS FERREIRA NETTO CARDOSO - 217
RAFAEL MENEGUZZI ALVES FERREIRA - 224
RAFAEL MORRIELLO - 149, 150
RAFAEL RODRIGUES SPINOLA BARBOSA - 291, 294, 316
RAFAEL RODRIGUEZ FERREIRA - 295
RAFAEL YURY DE VARIZ DAMASCENO - 221
RAFAEL ZIGLIOTTI SANA - 115
RAFAELA ANDRADE NASCIMENTO - 107
RAFAELA CARDOSO DE CARVALHO - 149
RAFAELL DA SILVA LIMA - 249
RAISSA JOSÉ FRANÇA DE CARVALHO - 234
RAMON GAUTIERE CARNEIRO DE SOUZA - 328
RANGEL DE LIMA TAKENAWA - 91
RAPHAEL DA COSTA GIUDICE NETO - 133
RAPHAEL FELIPE BEZERRA - 345
RAPHAEL FELIPE BEZERRA DE ARAGÃO - 246, 249, 343, 344
RAPHAEL FERNANDO COSTA GOMES DE ANDRADE - 193, 197
RAPHAEL MOURA XAVIER - 234
RAPHAELLA DE PAULA FERREIRA - 20
RAPHAELLA FREIRE GOULART ANTAS VEIGA - 185
RAQUEL COSTA BORGERTH - 238
RAQUEL DE AZEVEDO BENEVIDES - 237, 285
RAQUEL V. V. LOBO - 189
RAUL EDMO TEIXEIRA AMITI - 119, 128, 129
RAUL GUILHERME AZEVEDO MACEDO - 331
REBECA CORYNE MAGALHÃES SAD MEDINA - 131, 146, 183, 200, 203, 245
REBECA GALVÃO NOGUEIRA CHAVES - 12
REBECCA MARQUES RODRIGUES - 218
REGINA MARIA GOOLKATE - 78, 79
RENAN GERONIMO SOUZA DA SILVA - 88, 302
RENAN LIBOREIRO KILESSE - 213
RENAN MARQUES DOS SANTOS - 238
RENAN TORRES DE CARVALHO - 191, 260, 262
RENATA CAPPAL DA COSTA PAZ - 104
RENATA DAMIN - 286, 291, 294, 316
RENATA LOUZADA DE MORAES - 252

RENATA MEUCCI PEREIRA NOGUEIRA - 274
 RENATA POZZI PEREIRA - 141, 145, 182
 RENATO ABRANTES LUNA - 131, 146, 263
 RENATO ALCANTARA HALLAK COSTA - 93, 156, 175
 RENATO ANTÔNIO SOMMER - 58, 59, 187
 RENATO BRUNO CAVALCANTE LEITE - 246, 249, 343, 344, 345
 RENATO CANO - 198, 202, 209, 210
 RENATO DE MEDINA COELI - 218
 RENATO FERNANDES DA SILVA - 204
 RENI CECÍLIA LOPES - 163
 RENI CECÍLIA LOPES MOREIRA - 205
 RICARDO BASSIL LASMAR - 300
 RICARDO DE CASTRO GONTIJO - 184
 RICARDO DO CARMO ZANELLA - 227
 RICARDO DOS SANTOS VASCONCELOS - 127
 RICARDO DUARTE SIMÕES - 242, 244, 269, 271
 RICARDO FREITAS RAMOS - 105
 RICARDO SILVA GUIMARÃES - 242, 244, 266, 269, 271, 290
 RICHARD RAPHAEL BORGES TAVARES VIEIRA - 176
 RITA ANIELE DE PAULA ROCHA - 132
 RITA ANIELI DE PAULA ROCHA - 74
 RIVELINO TRINDADE AZEVEDO - 54, 55, 174, 177, 181
 ROBERTA DA SILVA DE OLIVEIRA - 238
 ROBERTO ELIAS DO NASCIMENTO SOARES - 87
 ROBERTO OSMAR DE CASTANHEDES ESTEVES - 328
 ROBSON LUÍS FERREIRA DE MELO JÚNIOR - 331
 RODOLFO LOUREIRO BORGES DE SOUZA - 326
 RODRIGO DA SILVA GOMES - 171
 RODRIGO DE ANDRADE VAZ DE MELO - 333
 RODRIGO FABIANO GUEDES LEITE - 216
 RODRIGO FARIA CARDOSO - 267
 RODRIGO FARIA COZENDEY MONTEIRO - 319
 RODRIGO FELIPPE RAMOS - 60, 263
 RODRIGO GONÇALVES BORGES FELIPE - 127, 135
 RODRIGO MARTÍNEZ - 11
 RODRIGO NARDELLI DE ANDRADE SCALABRIN - 346
 RODRIGO PEREIRA PEIXOTO - 306
 RODRIGO SANT ANNA DE MELO LINS - 153
 RODRIGO VAZ - 317, 330
 RODRIGO VAZ DE MELLO - 332, 339, 342
 RODRIGO ZON SOARES - 119
 ROGERIO BATISTA MONTENEGRO - 44, 45
 RÔMULO COSTA DOS SANTOS BANDEIRA - 266, 290
 RONALD KOOL - 23, 76
 RONALD SOARES DOS SANTOS - 50, 299, 307, 310
 RONALDO PEÇANHA DA SILVEIRA - 157, 221
 ROSANA SIQUEIRA BROWN - 91, 245, 280
 ROSSANO KEPLER ALVIM FIORELLI - 245
 RUAN JONATHAN DE MELO VILAÇA DORNELAS - 157, 221

S

SABRAJ OTÁVIO CLEMENTE DUTRA - 328
 SALVADOR DE MESQUITA NETO - 115
 SAMY CHITAYAT - 115, 147, 185, 322
 SARA FERNANDA GOMES DE LIMA SILVA - 182
 SARA MERLIN MASCHIETTO - 286
 SÁVIO MIRANDA SANTOS - 224
 SEIJI MIYATA - 164

SÉRGIO FERREIRA DE FERREIRA FILHO - 113, 114
 SÉRGIO LISBOA JÚNIOR - 188, 335
 SÉRGIO LUIZ CARDOSO MACIEL FILHO - 125, 231
 SHEILANE RODRIGUES DA SILVA - 89
 SIDNEY CHALUB - 44, 45
 SILIYIZETH GOMEZ RESTREPO - 39
 SILVANA DANIELA CÉSPEDES GÓMEZ - 250, 264
 SILVIO HENRIQUES DA CUNHA NETO - 84, 156, 172, 175
 SILVIO IVO TÉSTA - 77
 SÍLVIO PEREIRA BORGES JUNIOR - 257
 SIMONE VARGAS BENTO - 208
 SOFIA BAZON DEVITO - 222
 SOLON GONÇALVES SOUZA MENEZES - 225
 SOPHIE BARRETO HORNEMANN - 290
 SOPHIE HORNEMANN - 266
 STEEV GIOVANNI DIBURGA - 174
 STEEV GIOVANNI DIBURGA HINOSTROZA - 181
 SUZAN MENASCE GOLDMAN - 124
 SYLVIA DALCOLMO MOREIRA RIBEIRO - 84

T

TAICIR KHALED ABDALLAH ABDEL HAMID MAHMUD - 293
 TAISY ARRUDA DE MATOS INGRUND - 111, 258
 TALINE ANNE DA SILVA AMARAL - 234
 TAMIRYS CERUTTI MARTINS - 238, 336
 TARCÍSIO ANDRADE DE SOUZA - 194, 205, 206
 TARCIZO AFONSO NUNES - 226, 237, 285, 301, 309, 315
 TAYNARA ANTUNES DE CARVALHO - 102
 THAINÁ TEREZA SILVA - 208
 THAÍS CAROLINA DA SILVA - 85
 THAÍS DE SOUSA GONÇALVES - 73
 THAIS OLIVEIRA DUPIN - 47, 48, 49
 THAIS VIEIRA DE CASTRO - 38
 THAIZA DE SOUZA FILGUEIRAS - 236, 276
 THALES ALVES DE SOUZA - 50, 299, 307, 310
 THALES PENNA DE CARVALHO - 142, 256
 THALITA DOS REIS RUBA - 133
 THALLES RAPHAEL FERNANDES CHASSAGNEZ - 264
 THAMYLE MODA DE SANTANA REZENDE - 70, 71, 72, 79, 83
 THAMYRIS QUEARELLI REZENDE PEDROSA - 94, 176
 THATIANE LITENSKI - 22, 76
 THIAGO BARCELLOS ANNUNZIATA - 193
 THIAGO BELLINHA - 259
 THIAGO BOECHAT - 217
 THIAGO BOECHAT DE ABREU - 328
 THIAGO ENGELKE FERNANDES - 234
 THIAGO FÉLIX FROEDE - 168
 THIAGO FRANCISCO SOUZA KLOH - 289
 THIAGO LOPES FIRMINO PINTO - 333
 THIAGO MARINHO CASAGRANDE - 119, 128, 129
 THIAGO PEREIRA PORTELA - 213
 THIAGO ZERAÍK SAMPAIO LUSTOSA - 163, 164, 165
 THIENE MOREIRA TALMA - 94
 THIÉRRY VINÍCIUS FLORES SILVA - 13
 THOMAS HENRIQUE AUÉL - 157
 TIAGO PEREIRA TEIXEIRA - 232
 TIERRE AGUIAR GONÇALVES - 227
 TUIAN SANTIAGO CERQUEIRA - 50, 299, 307, 310
 TÚLIO BARBOSA NOVAES - 251
 TULIO FERNANDES ASSIS - 308

V

VAGNER FELIPE DE MELLO COUTINHO - 240
VANDERSON DE OLIVEIRA LEMOS - 287
VANESSA ALINE MIRANDA VIEIRA - 155, 184, 267, 268
VANESSA ARECO - 196, 199
VANESSA ARECO MOURA DA SILVA - 84, 109, 122, 126
VERÔNICA CÉSAR MONTEIRO - 51, 53
VICTOR ADAMI VASQUES - 288
VICTOR CHULUK SILVA SOARES - 124, 130, 143
VICTOR HUGO BELINATI LOUREIRO NETO - 115, 185
VICTOR HUGO VIEIRA - 259
VICTOR VIDAL - 317
VINICIUS ALMEIDA DE OLIVEIRA - 54
VINÍCIUS BASSO PRETI - 75
VINICIUS BRASIL FREITAS CRUZ - 12
VINICIUS CABRAL FARIA - 91
VINICIUS CESCHIN MAESTRI - 80
VINICIUS COSTA SOUZA - 219
VINÍCIUS FERREIRA PIRES BUENO - 329
VINICIUS HUMBERTO DE SOUZA VICUÑA - 193
VINICIUS PACHECO FERNANDES DA SILVA - 123
VITO ANTONIO ALESSIO NETO - 193, 197
VITOR COLETA CESARE MENEGHINI - 86
VITOR COSTA FEDELE - 331
VITOR DOS SANTOS DANTAS - 300, 320, 334
VITOR DOS SANTOS NEVES - 14, 15, 103
VITOR LEÃO SANTOS OLIVEIRA - 51, 53
VITOR YU ZHU - 131
VITORIA DIANA MATEUS DE ALMEIDA GONÇALVES - 76, 78
VIVIAN DE MENEZES SILVA CORRAES - 225
VIVIAN WINTER KOCH - 59
VIVIANE LEITE ABUD - 11
VLADMIR TANAN MATTOS DE LIMA E SILVA - 239

W

WAGNER WILLIAM LOPES - 236, 276
WALFREDO GONÇALVES DE QUADROS JÚNIOR - 13
WALLACE HOSTALACIO AVELAR MARTINS - 62
WASHINGTON LUIZ VIEIRA DE CARVALHO JUNIOR - 346, 347
WEBER CHAVES MOREIRA - 47, 49
WERTHER HALPERN DE PINHO - 297
WILLIAM DA CUNHA AMARAL - 331
WILLIAM SIMÕES RANGEL JÚNIOR - 297
WILLY JOSÉ DE MACEDO NETTO - 215

Y

YAN CHAVES - 197
YARA LUCIA MENDES FURTADO DE MELO - 54
YASMIN DUARTE BOGOSSIAN - 179
YOLANDA FAIA MANHÃES TOLENTINO - 146
YOLANDA LOPES DE ANDRADE BARROS - 292
YONDER ARCHANJO CHING SAN JUNIOR - 304, 305
YUGO DE LIMA BRANDÃO MURAKAMI - 319
YURI BELLO SIMÕES - 201, 225
YURI CHECCACCI-BALOD - 221



Índice Remissivo Fórum de Pesquisa em Cirurgia

A

ALBERTO SCHANAIDER - 001, 002, 003, 004, 006
ALINE SILVA DA CRUZ - 005
AMABILE MARAN CARRA - 003, 004
ANANIAS MATOS ARRAIS NETO - 001

E

EDUARDA NASCIMENTO DOS ANJOS - 001

F

FERNANDO PONCE LEON - 002

G

GABRIELA BUENO LORIA - 002
GEORGE DA SILVA DIVÉRIO JÚNIOR - 003
GUSTAVO SAMPAIO DE HOLANDA - 006

H

HEITOR SIFFERT PEREIRA DE SOUZA - 004

J

JOÃO CARLOS MACHADO - 005
JOAO VITOR COTRIM GONCALVES - 002
JOSÉ EDUARDO FERREIRA MANSO - 001, 002, 006
JOSÉ MARCUS RASO EULÁLIO - 001

M

MANOEL LUIZ FERREIRA - 001, 002, 003, 004, 006
MARCEL VASCONCELLOS - 003
MARIA MARGARIDA CANAN DREHMER - 005
MARIANA MENEGAT DIAS CORDEIRO - 006

O

OLAVO BORGES FRANCO - 003
OLAVO FRANCO BORGES - 004

P

PAULO CESAR SILVA - 001, 004, 006
PEDRO TEIXEIRA DA SILVA - 004

R

RODRIGO MARTINEZ - 002

S

SAMUEL DOS SANTOS VALENÇA - 006

V

VALTER ALVARENGA JUNIOR - 004

W

WAGNER BAETAS DA CRUZ - 003, 004, 005