

SETOR 5



CONGRESSO DE CIRURGIA

**COLÉGIO BRASILEIRO
DE CIRURGIÕES**
I CONGRESSO DAS LIGAS ACADÊMICAS DE
CIRURGIA DO CENTRO-OESTE - COLAC-CO
DESAFIOS EM CIRURGIA



AValiação de resultados em doentes submetidos à cirurgia revisional de sleeve para MGB-OAGB

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA; MAXLEY MARTINS ALVES; TANOUS KALIL EL AJOUZ; PAULA CRISTINA PEIXOTO RIBEIRO; SANDRA MARIA CAMPOS TEIXEIRA DE MORAES.

Hospital Unique.

Objetivo - avaliar a perda ponderal, melhora ou remissão do diabetes tipo 2 (T2DM), doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) e hipertensão arterial em pacientes submetidos previamente a “sleeve” gástrico e que não obtiveram sucesso terapêutico nessas variáveis e então foram submetidos à conversão para “minigastric bypass” (MGB-OAGB). Método – os critérios de inclusão foram pacientes submetidos ao “sleeve” gástrico que não obtiveram sucesso na perda ponderal; e/ou melhora ou remissão do T2DM tipo 2 e/ou melhora ou remissão na hipertensão arterial e/ou apresentaram DRGE de novo e/ou recidivaram e/ou tiveram piora clínica DRGE. Em todos os portadores de DRGE foi realizada a crurorrafia sistemática junto com o MGB. Foram excluídos pacientes que estavam em uso de bebida alcoólica e/ou tabagistas; usuários de drogas ilícitas; pacientes que não aceitaram se submeter ao acompanhamento nutricional e psicológico pré-operatório por um período mínimo de 6 meses. Os pacientes foram acompanhados até 10 anos de pós-operatório com avaliação de IMC; %EWL; HbA1c; Glicemia de jejum e níveis pressóricos de pressão arterial. Foram considerados como completa remissão do T2DM aqueles com HbA1c<6% sem uso de medicação. Remissão parcial foi definida como HbA1c<6,5% com ou sem uso de medicação, e melhora no T2DM foi definida como HbA1c<7 com ou sem medicação. Resultados – 62 doentes foram submetidos à conversão entre Janeiro/2006 a Janeiro/2017 sendo 53/85% do sexo masculino. A maioria dos pacientes (48/77%) foram incluídos por falha na perda ponderal. Destes doentes 16/33% não melhoraram T2DM e 7/15% recidivaram T2DM após reganho de peso. 100% dos doentes reoperados apresentavam algum grau de DRGE na reoperação. Destes, 22/35% apresentavam DRGE de novo; 100% estavam em uso de IBP; 41/66% apresentaram hérnia hiatal. 18/29% pacientes hipertensos (HAS) não melhoraram suas pressões arteriais e mantiveram as medicações e todos estavam no grupo que reganharam peso ou não perderam peso adequadamente, e assim foram também reoperados. Dos 48 que foram operados por insucesso na perda ponderal apenas 2 doentes não atingiram a perda ponderal completa. Quanto ao T2DM dos 23 doentes incluídos apenas 3 não curaram a doença. A DRGE foi curada em 100% dos pacientes. Nas análises da HAS apenas 5 não curaram a HAS. A mortalidade foi zero. Conclusão – a conversão de sleeve em MGB-OAGB em pacientes que não obtiveram sucesso no tratamento da obesidade; T2DM; DRGE e HAS é um método factível, eficaz e seguro.



RESULTADOS A LONGO PRAZO DA CIRURGIA DE MGB-OAGB EM IDOSOS COM SUPER-OBESIDADE

LEONARDO EMÍLIO DA SILVA; MAXLEY MARTINS ALVES; TANOUS KALIL EL AJOUZ; PAULA CRISTINA PEIXOTO RIBEIRO; SANDRA MARIA CAMPOS TEIXEIRA DE MORAES.

OBJETIVO: Indicações e resultados da cirurgia de MGB-OAGB em idosos que sofrem de obesidade mórbida permanecem controversos. Nosso objetivo foi avaliar a segurança e resultados a longo prazo de procedimentos bariátricos nesta população de pacientes, especificamente pacientes super-obesos. CONFIGURAÇÃO: Hospital Unique, Goiânia, Goiás, Brasil. MÉTODOS: Este é um estudo retrospectivo do centro único de um banco de dados coletado prospectivamente. Foram incluídos pacientes com idade ≥ 60 anos submetidos à cirurgia de MGB entre janeiro de 1999 e dezembro de 2008 e com pelo menos 10 anos de seguimento. RESULTADOS: Durante esse período, 1042 pacientes obesos foram submetidos à cirurgia de MGB. Havia 322 (31%) idosos super-obesos (índice de massa corporal >50 kg). A média de idade e o índice de massa corporal foram $65,1 \pm 2,2$ anos e $53,2 \pm 4,1$ Kg / m², respectivamente. No início do estudo, 83% tinham hipertensão, 81% tinham DHGNA, 61% tinham diabetes tipo 2 e 46% tinham apneia obstrutiva do sono. Não houve mortalidade em 30 dias. A taxa de complicações foi de 11% (n = 35):

Complicação	Índice
Hemorragia de trocarer	58
Lesão hepática	34
Hemorragia que não requereu transfusão	23
Infecção do trato urinário	12
Estenose de gastro-jejunal	6
Hérnias no sítio do trocarer	3
Infecção de ferida	2

A perda média de excesso de peso percentual aos 10 anos foi de $56,2 \pm 14,6$. As taxas de remissão de hipertensão, DHGNA, diabetes tipo 2 e apneia obstrutiva do sono foram de 53%, 36%, 62% e 46%, respectivamente. CONCLUSÃO: Resultados a longo prazo, após 10 anos, mostraram que a cirurgia de MGB-OAGB é segura e eficaz na melhora das comorbidades relacionadas à obesidade em pacientes super-obesos mais velhos.

BLOQUEIO PARA NEURALGIA DE ARNOLD

ISADORA PROFÍRIO DE AQUINO, FERNANDO ANTÔNIO MARÇAL, LEDISMAR JOSÉ DA SILVA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA DO PLANALTO CENTRAL, HOSPITAL UNIQUE, GOIÂNIA

Cirurgia cabeça e pescoço

Introdução: A Neuralgia de Arnold é um problema no nervo de Arnold, localizado entre o crânio e a coluna. Afeta principalmente o sexo feminino. Trata-se de uma neuropatia advinda da inflamação do nervo occipital maior ou menor. O paciente apresenta dor viva, que geralmente inicia na nuca e irradia para parte frontal, ou dor à pressão e hipersensibilidade do couro cabeludo. Relato de Caso: J.M.A., 28 anos, G2P0A1, 12ª semana de gestação. Paciente com quadro de cefaleia tensional, EVN 10, náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia, osmofobia e escotomas cintilantes. Dor pulsátil e períodos de dor em aperto. Crises com dor inicial na nuca tornando holocraniana com duração de 4 a 72h, com frequência a cada duas semanas, tendo estresse e prática de exercícios como fatores de piora. Paciente que preenche então os critérios (segundo a Classificação Internacional de Cefaleias – 3ª edição- 2014) para cefaleia tensional associada com migrânea. Apresentou também hemiparestesias no dimídio direito e nuca, dor cervical, sendo feito diagnóstico clínico da Neuralgia de Arnold, por possível compressão nervosa decorrente de inflamação. Ao exame físico apresentou dor em território do nervo occipital maior e menor bilateralmente. Médico achou prudente não prescrever medicamentos devido gestação. A paciente também possui mutação no fator V de Leiden, fazendo uso de enoxaparina, tornando desfavoráveis os procedimentos de grande porte. Em conversa com a paciente, optou-se por bloqueios (cirurgia minimamente invasiva) em território dos nervos occipitais e supraorbitários. No centro cirúrgico, o neurocirurgião fez a localização do nervo occipital maior e menor bilateralmente e confirmação do ponto doloroso por dígito-pressão, fazendo o bloqueio em cada nervo com 1ml de lidocaína. Realizou também o bloqueio do nervo supra-orbitário e supra troclear bilateralmente 1cm acima do foramen supra orbitário utilizando 1 ml de lidocaína. Conclusão: O uso de bloqueios para casos de neuralgia de Arnold e migrânea apresentam sucesso, com alívio da dor neuropática, tendo efeito imediato após o procedimento e duração relativa a cada paciente variando em semanas e meses. Se torna ótima alternativa para tratamento em casos como este de risco para uso de outros medicamentos ou grandes cirurgias. Bibliografia: CARTAS, U.S.; PÉREZ, O.G.B.; FUENTES, E.L.B.; Neuralgia occipital. A propósito de un caso Occipital Neuralgia. A Case Report. Ecuador: Medsur, 2016.

IMPORTÂNCIA DOS BLOQUEIOS PERIFÉRICOS NA NEURALGIA DE ARNOLD EM GESTANTES

ISADORA PROFÍRIO DE AQUINO, FERNANDO ANTÔNIO MARÇAL, LEDISMAR JOSÉ DA SILVA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA DO PLANALTO CENTRAL, HOSPITAL UNIQUE, GOIÂNIA

Cirurgia cabeça e pescoço

Introdução: A neuralgia occipital, conhecida como neuralgia de Arnold, pode ser causa de cefaleia localizada na região occipital, caracterizada por dor episódica semelhante à um choque. Sua causa é desconhecida; mas o aprisionamento e irritação dos nervos foram propostos, podendo a dor ser secundária a trauma, inflamação e compressão dos nervos occipitais. A neuralgia pode ser desencadeada ao toque da região afetada ou por atividades diárias como pentear os cabelos. Temos como objetivo relatar o caso de uma paciente gestante com neuralgia de Arnold que recusou o uso do tratamento medicamentoso profilático e foi instituído bloqueio de nervos occipitais.(1) Relato de Caso: J.M.A., 28 anos, G2P0A1, 12ª semana de gestação com o diagnóstico de cefaleia tensional e migrânea associado à neuralgia occipital bilateral. Relata dor com EVN 10, náuseas, vômitos, fotofobia, osmofobia e escotomas cintilantes. Dor pulsátil e holocraniana com períodos de dor em aperto. Crises com duração de 4-72h com intervalo de duas semanas. Possui o estresse e prática de exercícios físicos como fatores de piora.(2) Ao exame físico observou-se dor à palpação em território do nervo occipital maior e menor. Discutido com a paciente, optou-se pela realização de bloqueio dos nervos occipitais devido a sua gestação, para minimizar os riscos do uso de medicamentos profiláticos.(3). É descrito na literatura que bloqueios de nervos periféricos para migrânea e neuralgia occipital refratária ao tratamento clínico podem ser uma opção terapêutica eficaz na gravidez (4). O procedimento consistiu em injetar 2 mL de lidocaína no território do nervo occipital maior e menor. Após bloqueio paciente apresentou importante redução da dor. Conclusão: Neuralgia occipital deve fazer parte do diagnóstico em paciente com cefaleia tensional e migrânea. Em gestantes, pelo risco teratogênico dos medicamentos profiláticos, os bloqueios são uma opção terapêutica. Paciente do caso relatado apresentou remissão do quadro doloroso. Referências: 1) Dougherty, Carrie. "Occipital Neuralgia." Curr Pain Headache Rep (2014) 18:411. 2) Classificação Internacional de Cefaleias – 3ª edição- 2014. 3) Mitsikostas, D.D.; Paemeleire, K.; Pharmacological Management of Headaches: Springer International Publishing Switzerland 2016. 4) Govindappagari S, Grossman TB, Dayal AK, Grosberg BM, Vollbracht S et al (2014) Peripheral nerve blocks in the treatment of migraine in pregnancy. Obstet Gynecol 124(6):1169-74.

DRENAGEM DE ABSCESSO SUBMENTONIANO EM UM LACTENTE E O USO IRRACIONAL DE EXAMES COMPLEMENTARES - UM RELATO DE CASO

THIAGO SCHROEDER BRANQUINHO REIS, CÉLIO GOMES DA SILVA E NETO, JOÃO PEDRO DA ROCHA SANTOS, LUANNA ARRUDA LEMOS, ALINE FERREIRA BORGES, ROSANNE ARRUDA LEMOS, DANIELLY VIEIRA DE MENEZES, ISABELLA RESENDE COELHO

UNILAGO, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGELICA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - UNIRV, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGELICA.

INTRODUÇÃO: exames complementares são essenciais para prática clínica, mas devem ser solicitados com cautela e precisão. Comparando diversas nações, o Brasil ganha a frente nos pedidos de exames, os médicos brasileiros dos convênios chegam a solicitar mais que o dobro de ressonâncias magnéticas em relação aos médicos europeus. Mas exames desnecessários além de causar gastos indevidos, podem ser maléficos para os pacientes pois quando mal indicados podem mostrar alterações que não tenham a ver com a queixa do doente, aumentando sua ansiedade, podendo levar a biópsias inúteis e exposição à radiação em vão. Este relato objetiva representar um caso de uma criança submetida a procedimentos dispensáveis para um diagnóstico e tratamento simples. **RELATO DO CASO:** RELATO DE CASO: E.V.O.N, sexo feminino, 8 meses e 14 dias com história de choros espontâneos e recorrentes, febre, edema, vermelhidão e sinais de dor moderada há 2 dias devido a um abscesso submentoniano. Foi solicitado uma ultrassonografia, sem resultado que definisse conduta. Sem melhora do quadro, após 10 dias, procurou novamente atendimento hospitalar, sendo solicitado uma sequência de exames, como: hemograma completo (Hb:10,3g/Dl, leucócitos: 15.600mm³, plaquetas: 552.000/mm³), EAS (sem alterações), PCR (11,2mg/L) e tomografia computadorizada de região cervical. Somente no décimo segundo dia de evolução do quadro, após resultado de TC, foi indicada a drenagem do abscesso.**CONCLUSÃO:** os médicos devem estar cientes de que com uma boa anamnese e exame físico, mais de 75% dos casos são resolvidos na prática clínica, os exames são apenas complemento. Antes de solicitar exames complementares o médico pode se perguntar: “É seguro?” “Vai modificar a minha conduta?” “Vai monitorar ou prevenir um evento adverso?” “É essencial para o meu diagnóstico?”. Ou seja, é necessário que o médico tenha fundamentação diagnóstica e tenha feito uma boa anamnese exame físico previamente para evitar iatrogenias.

PERFIL DA TRAQUEOSTOMIA NO BRASIL: ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES E GASTOS FINANCEIROS

GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO, GABRIELLA JAIME VIEIRA, ISADORA GARCIA CARNEIRO KRIUNAS SEVERINO, RENATO SOUZA LUZ PEDROSA, BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, FÁBIO FERREIRA MARQUES, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL

UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA

Cirurgia cabeça e pescoço

Objetivos: Analisar a quantidade de autorizações de internação hospitalar (AIH) por traqueostomia processadas entre os anos de 2014 e 2017, levando em consideração o tipo de regime e caráter de atendimento, assim como a taxa de mortalidade do procedimento. Analisar também o custo anual destas internações por traqueostomia neste período de tempo. **Métodos:** Os dados para o estudo foram obtidos do sistema DATASUS, de ordem secundária, na categoria de base de dados do Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Trata-se de um estudo retrospectivo e quantitativo com abordagem por corte transversal realizado no Brasil entre 2014 e 2017. Analisou-se o número de internações hospitalares por traqueostomia aprovadas nesse período, bem como o custo desses procedimentos por cada ano. **Resultados:** Entre 2014 e 2017 foram aprovadas no total 1838 AIHs para a realização de traqueostomia, no qual a maioria no ano de 2014 com 509, e a minoria no ano de 2017 com 432 aprovações. Deste total, 323 foram aprovadas na unidade pública, sendo 971 ignoradas quanto ao tipo de regime. Durante os quatro anos, 1783 traqueostomias foram realizadas com caráter de Urgência. Neste período, foram notificados 448 óbitos, chegando à taxa de mortalidade de 24,37%. O custo anual por procedimento teve a média de 2,649,041.5 milhões de reais. Seu maior valor ocorreu em 2016, custando 2,755,692 milhões de reais, tal ano ficou em segundo lugar quanto ao número de AIHs aprovadas, chegando a 456. **Conclusão:** A quantidade de traqueostomias realizadas no Brasil é expressiva. Apesar de ter diminuído em 2017, os custos públicos ainda são muito altos. É considerado um procedimento de baixo risco de mortalidade, no entanto, a taxa de mortalidade se manteve expressiva nestes últimos anos, questionando-se a qualidade da atuação médica diante destas situações. Além disso, é imperativo avaliar as indicações deste procedimento invasivo e suas complicações ao paciente, buscando sempre a utilização de técnicas menos agressivas nas situações em que são viáveis.

REVISÃO DE LITERATURA: OS RISCOS E COMPLICAÇÕES DA DVP

THIAGO DE ALMEIDA E SILVA, ANA LUÍZA AGUIAR ÁVILA, GABRIEL ANTONELLI, MIKAELLA FURTADO MORENO, THUANY FERNANDES DE FREITAS
UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV
 Cirurgia cabeça e pescoço

INTRODUÇÃO: Um dos avanços significativos e determinantes feitos na história do tratamento da hidrocefalia foi a introdução do uso de drenagens valvuladas unidirecionais com o objetivo de derivar o líquido em excesso nos ventrículos cerebrais, anulando a base fisiopatológica da hipertensão intra-craniana, sendo o método mais utilizado a Derivação Ventrículo-peritoneal (DVP). No entanto, este procedimento não é isento de complicações. **OBJETIVOS:** Esta revisão tem como objetivo entender, de maneira geral, e elucidar os principais riscos e complicações da DVP, que possui grande relevância, principalmente em hidrocefalias. **MÉTODOS:** Este artigo de revisão foi realizado por meio da pesquisa bibliográfica de artigos científicos indexados em Bancos de Dados em Ciências da Saúde: Portal Periódicos CAPES e SciELO. O descritor e cruzamento usados foram “Complicações de Derivação Ventrículo Peritoneal”. Os critérios de inclusão para a realização deste artigo foram baseados em artigos publicados em português que dataram do período de 2014 a 2016, que atenderam aos descritores e que elucidavam sobre os possíveis riscos da realização do DVP. **RESULTADOS:** As complicações associadas à cirurgia de DVP incluem obstruções intestinais causadas por aderências, pseudocistos inflamatórios, ascite, desconexão dos cateteres ou sua quebra, acotovelamento ou oclusão das extremidades dos tubos, infecção, migração dos cateteres e perfuração de órgãos internos. Infecção, hematoma, obstrução e fratura do cateter são as principais complicações DVP. O hematoma subdural crônico está presente em até 24% dos casos. O nó do cateter em torno do intestino, o qual pode ocasionar obstrução e isquemia intestinal, apresenta-se como uma complicação rara, sendo um achado incidental, uma vez que comumente o paciente é assintomático. As crianças se apresentam comumente como o grupo de maior abrangência em virtude de hidranencefalia e hidrocefalia extrema serem mais evidentes. **CONCLUSÃO:** Com base nas análises a respeito das complicações da DVP observa-se que essas ocorrem com mais frequência em crianças e por mecanismos relacionados ao mau funcionamento da válvula e as infecções de sítio cirúrgico. As principais complicações relatadas foram infecção, hematoma, obstrução e fratura do cateter, podendo aparecer tanto no pós-operatório precoce como tardio. A ocorrência destas traz a necessidade de novos procedimentos que favorecem a ocorrência de novas complicações e pioram o prognóstico desses pacientes.

TRATAMENTO DO CÂNCER DIFERENCIADO DE TIREOIDE (CDT)

RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, BÁRBARA GRASSMANN REIS, GABRIEL FERREIRA DE MOURA
UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA
 Cirurgia cabeça e pescoço

Objetivo: Compreender as condutas terapêuticas preconizadas para o CDT. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, feita por intermédio da modalidade de pesquisa qualitativa e descritiva, desenvolvida a partir de materiais publicados em artigos, considerando-se publicações de 2014 a 2017 em plataformas digitais como o PUBMED e SCIELO. Depois de selecionados os textos foram submetidos a uma análise crítica e posteriormente a uma seleção e organização das informações. **Resultados:** O CDT é a neoplasia mais comum do sistema endócrino e representa cerca de 1% de todas as neoplasias que acometem o adulto. Mais comum em mulheres dos 25 aos 65 anos e geralmente apresentam bom prognóstico. Os dois tipos mais comuns, carcinoma papilífero e o folicular, correspondem juntos a cerca de 90% de todos os cânceres de tireoide apresentam o mesmo diagnóstico e tratamento. A cirurgia é o principal e inicial tratamento para os carcinomas diferenciados de tireoide, incluindo os metastáticos e realizada de duas formas: tireoidectomia total e parcial. Classicamente a tireoidectomia total é a preconizada para todos os casos pois é a que melhor possibilita um segmento fidedigno no pós-operatório, porém em casos considerados de baixo risco - pacientes com menos de 40 anos, do sexo feminino com tumores pequenos, menores que 1,5cm, não-invasivos e sem metástases - a parcial pode ser utilizada. Durante o ato cirúrgico é especialmente importante a inspeção das cadeias linfáticas regionais, principalmente as de risco (níveis II, III, IV e V) e se algum gânglio suspeito é encontrado, o mesmo é ressecado e submetido à biópsia. Após a cirurgia alguns procedimentos devem ser feitos como a Pesquisa de corpo inteiro (PCI) para diagnóstico de metástases regionais e a distância e a ablação com Iodo radioativo que reduzem recorrência e mortalidade. Vale ressaltar também que os pacientes, após a cirurgia, são tratados com hormônio tireoidiano, usualmente a tiroxina, em dose supressiva, ou seja, deixando-se o TSH em seu limite inferior com a intenção de se evitar o crescimento de metástases microscópicas não detectadas pela PCI. **Conclusão:** O CDT na atualidade, em função de sua prevalência e incidência na população mundial, é alvo de importantes estudos e pesquisas. Como consequência, apresenta bem estruturado e definido seu tratamento o que tem melhorado sobremaneira a qualidade de vida de pacientes acometidos.

A NOVA ERA DA CIRURGIA CARDIOVASCULAR MINIMAMENTE INVASIVA E SEUS BENEFÍCIOS

KAMILA SANTOS NASCIMENTO, MARIELLE LAMAR MARTINS BARROS BATISTA, AMANDA SILVEIRA NEVES, CAROLINA RODRIGUES ADORNO, GABRIELA BAZZAN GORSKI, MATEUS LUIZ PEREIRA DE SOUZA, NUBIA GUEDES DA PAIXÃO,
UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA
 Cirurgia experimental/pesquisa básica

Objetivo: Esse presente estudo tem o objetivo de identificar os benefícios da cirurgia cardiovascular minimamente invasiva frente a cirurgia convencional, visando demonstrar um estudo que comprova reduzidas intercorrências e rápida adaptação do paciente no pós-operatório. **Método:** A busca na literatura envolveu as bases de dados SciELO e MEDLine, por meio dos artigos científicos que apresentaram os termos “cirurgia cardiovascular convencional”, “cirurgia cardiovascular minimamente invasiva”. **Resultado:** No estudo de Souza et al. (2017) realizado em 300 pacientes, entre 18 e 80 anos, submetidos a procedimentos cardiotorácicos minimamente invasivos (oroalvares, revascularização do miocárdio, correção de aneurismas de aorta e cardiopatia congênita) notou-se as reduzidas intercorrências pós operatório, como a necessidade de hemotransfusão, as arritmias, o tempo de uso de aminas vasoativas e o retorno às atividades de vida diária, quando comparadas as cirurgias cardiovasculares convencionais. Conquanto, associam-se os variados benefícios para o paciente e satisfação do cirurgião com as novas técnicas adotadas. É visto também que nas cirurgias com videotoracoscopia houve incisões mínimas no tórax, além da preservação da função pulmonar no pós-operatório. Do mesmo modo, para pacientes com contraindicação ou de alto risco para o tratamento cirúrgico convencional usa-se a técnica de implante valvar aórtico percutâneo e transapical como alternativa, visando uma rápida recuperação pós-cirúrgica. **Conclusão:** Na década de 90 houve criação de novos materiais cirúrgicos voltados para procedimentos endoscópicos. Desse modo, quando houve avaliação das vantagens envolvendo menor tempo de recuperação do paciente e a diminuição do risco de infecções, foram analisados os benefícios de se realizar cirurgias cardiotorácicas videoassistidas. Com o aumento da demanda mundial das nomeadas salas híbridas, o “padrão-ouro” da cirurgia cardíaca será a cirurgia minimamente invasiva, seja videoassistida ou por robótica, associadas ou não a procedimentos percutâneos.

Objetivo: O estudo objetivou analisar o nível de conhecimento dos estudantes de medicina do 5º Período de uma universidade em Goiás, sobre as demandas financeiras do transplante de órgãos, em específico o fígado, e suas opiniões sobre quais instâncias devem custear o procedimento. **Método:** Foi realizado um estudo seccional com aplicação de questionários validados sobre doação de órgãos, no período de Agosto a Setembro de 2017 aos acadêmicos do quinto semestre de uma Faculdade de Medicina. A apuração dos dados foi feita através de uma plataforma no Google Formulários. Dentre as 15 perguntas, três foram sobre os custos do transplante de fígado e se é dever do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de planos de saúde pagar pela cirurgia. **Resultados:** Foram obtidos 34 questionários respondidos. A partir dos dados obtidos, 11 estudantes (32,35%) consideram que os custos com transplante de fígado estão entre R\$ 30.000 e R\$ 60.000 e 14 estudantes (41,17%) assinalaram o item com o intervalo correto (entre R\$ 60.000 e R\$ 100.000). Segundo o SIGTAP - DATASUS, o transplante hepático tem um custo hospitalar total de R\$ 68.803,26. Entre os demais estudantes, 4 (11,76%) responderam que o custo com esse tipo de transplante é menor que R\$ 30.000; 5 (14,70%) afirmaram que era maior que R\$ 100.000. Quanto às demais perguntas, 27 acadêmicos (79,41%) responderam que é dever do SUS custear os transplantes integralmente, apesar de reconhecer que representa elevada demanda financeira. **Conclusões:** A maioria dos acadêmicos de medicina que participaram do estudo apresenta conhecimento satisfatório acerca dos custos do transplante hepático. A maioria sabe que o SUS é o custeador do procedimento. O estudo reforça a necessidade da conscientização dos pacientes que o melhor tratamento consiste em evitar progressão das doenças hepáticas para a necessidade de transplante. **Referências:** Rodrigues SLI, Neto JBEF, Sardinha LAC, Araujo S, Zambelli HJL, Boin IFSF, Athayde MVO, Montone EBB, Panunto MR. Perfil de doadores efetivos do serviço de procura de órgãos e tecidos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(1):21-27. NETO, J.A.C et al. Estudantes de Medicina da UFUF e doação de órgãos para transplante. *HU Revista, Juiz de Fora*, v. 38, n. 1 e 2, p. 83-90, jan./jun. 2012 SIGTAP-DATASUS. Tabela Unificada.

DOENÇA MENINGOCÓCICA EM GOIÁS: UMA SÉRIE HISTÓRICA DE 2011 A 2012

JULIA JORDANA FREITAS LIMA, JOÃO PEDRO RUFINO, JONATAS LIAH FERAZ, SARA SILVA MENDES, MARCOS LOIOLA DE SOUZA, WILKER DIAS MARTINS, IGOR FERREIRA DE JESUS, HELIOENAI DE SOUSA ALENCAR

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE GOIÁS, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Cirurgia experimental/pesquisa básica

OBJETIVOS: Essa pesquisa teve como objetivo conhecer o comportamento epidemiológico da doença meningocócica (DM) em Goiás, entre 2001 e 2012. As principais motivações se dão devido à importância da doença meningocócica, em termos de incidência, mortalidade e letalidade e, ao mesmo tempo, à ausência de pesquisas voltadas para Goiás. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo, do tipo série histórica. O número de casos e de óbitos foram obtidos do Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), considerando Goiás entre 2001 e 2012. Foram filtrados os casos de meningite com etiologia definida como DM. Os dados foram organizados e calculados em planilhas do software Minitab 18. Foram calculados os coeficientes de letalidade (CL), incidência populacional (CIP), mortalidade (CM) sendo, para os dois últimos, considerados os dados populacionais provenientes do IBGE. **RESULTADOS:** Em Goiás, o número absoluto de confirmações de novos casos de DM, em geral, diminuiu no intervalo de tempo considerado. O CIP médio dentre todas as faixas etárias caiu de cerca de 4,34 em 2001 para 1,62 para cada 100.000 habitantes em 2012. Essa diminuição considerável entre os lactentes, no 1º ano de vida, e, em seguida, entre crianças de 1 a 4 anos de idade. Contudo, essas mesmas faixas etárias ainda apresentam os maiores CIP. Além disso, houve aumento na incidência nas faixas etárias de 20-39 e 40-59 anos. Dentre os indivíduos acima de 60 anos, ocorrem casos esporádicos e são as faixas etárias mais elevadas que mais compõem os eventuais surtos. Os médios do CM caíram de 1% em 2001 para 0,42 em 2012. Contudo, observa-se que o CM entre os lactentes se manteve em valores estáveis ao longo desses 11 anos, numa média de cerca de 3,74 a cada 100.000 habitantes. O CL médio de todas as faixas etárias da doença saiu de cerca de 18,8% em 2001 para 33,2% em 2012. O CL apresenta-se consideravelmente maior em surtos do que a que ocorre em casos esporádicos e indivíduos acima de 60 anos revelam, em certos anos (especialmente 2009 e 2012, com 100 e 66,66% respectivamente), os maiores valores. **CONCLUSÕES:** Em relação ao CIP, apesar da redução média, algumas faixas etárias específicas têm apresentado aumento. Em relação a mortalidade, apesar de reduzida, mantém-se constante em lactentes. Já o coeficiente de letalidade da DM tem aumentado ao longo dos anos, principalmente em surtos. O estudo apresenta resultados consistentes e expõe a necessidade de medidas de controle da DM.

EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSPLANTES NO CENTRO-OESTE NO PERÍODO DE 2012 A 2017

ANNA CLARA MACHADO GOMES, RAISSA SILVA FROTA, ANA FLÁVIA REBOUÇAS

FERNANDES BORGES ALVES, FERNANDA NUNES GARCIA, PAULO EDUARDO SILVA SOUSA, VITÓRIA PONTES CAVALCANTE

UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA

Cirurgia experimental/pesquisa básica

O trabalho objetiva apresentar dados epidemiológicos dos transplantes de órgãos sólidos e tecidos realizados na região Centro-Oeste (CO - 2012 a 2017), os órgãos transplantados e fatores de influência na lista de espera. O levantamento baseou-se nas plataformas do Governo Federal e no Registro Brasileiro de Transplantes da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos. Para inclusão adotaram-se: estudos epidemiológicos, número de doadores, a realidade de transplantes no CO e a evolução da prática no referido período, no qual destacam-se os de córnea (tecido), 1º lugar no Brasil em 2016, seguido por rim e fígado (órgãos sólidos). Em que pese o crescente aumento de tais procedimentos no CO, destacando-se o transplante cardíaco (o DF ultrapassou a meta do Brasil) e de córneas, permanece elevada a taxa de recusa familiar (43% em 2017), enquanto que as notificações de potenciais doadores/ano e o número de doadores efetivos/ano encontram-se em 2º e 3º lugares respectivamente em relação às demais regiões. Utilizando-se o índice internacionalmente aceito (por milhão de população – pmp), o CO é líder em transplantes de córneas desde 2011, que atingiram, em 2017, a marca de 119,5 transplantes/pmp. Em relação aos transplantes renais com doador vivo, o CO fica em 3º lugar, posição essa que cai para 4º lugar com doador falecido. Os transplantes de fígado encontram-se em constante crescimento e os pulmonares e pancreáticos necessitam maior incremento. De acordo com a lista de espera de pacientes para transplantes (dezembro 2015), GO e DF possuíam o maior número para rim e MT e MS para córnea. Em 2016 e 2017 tal situação se manteve. O Brasil tem como meta reduzir as filas de espera para um transplante, (25.000 pessoas em 2016), na qual o tempo de espera por um transplante renal é o maior comparativamente aos transplantes de coração, fígado, pâncreas, pulmão, córnea e medula óssea (aparentado e não aparentado). Dentre os principais desafios, é necessário vencer a elevada taxa de recusas familiares à doação de órgãos e tecidos, implementar a política de transplantes do Sistema Nacional de Transplantes/MS, realizar constantes campanhas de esclarecimento à população sobre a importância de tais procedimentos e inserir no currículo de graduação das faculdades da área da saúde disciplinas pertinentes ao assunto. Como dado auspicioso, registra-se que mais de 90% dos transplantes realizados no país são financiados pela integralidade do SUS.

FATORES DETERMINANTES NO ATO DE SE TORNAR UM DOADOR EFETIVO DE ÓRGÃOS

MURYLLO HENRIQUE FERREIRA DE BRITO, ANA CAROLINA DE SOUSA ANDRADE, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GABRIEL ANTONELLI, LUCAS PEREIRA CANEDO, TÚLIO CESAR PAIVA ARAÚJO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Cirurgia experimental/pesquisa básica

Objetivo: O estudo objetivou sistematizar fatores que influenciam no ato de se tornar um doador efetivo de órgãos, além de apresentar a principal causa de necessidade de transplantes. **Métodos:** Foi realizada pesquisa documental, disponibilizada por Hospital Universitário, em 2017, demonstrando os requisitos que devem ser seguidos para o paciente enquadrado no perfil de doador de órgãos e que deseja ser doador efetivo. Além do levantamento dos motivos que levaram a necessidade do transplante de órgãos. **Resultados:** O estudo demonstrou que a necessidade de doação de órgãos se deve principalmente pelo aumento de acidentes automobilísticos que envolvem, em sua maioria, os homens. Os fatores familiares são os mais favoráveis à doação de órgãos e os fatores culturais e religiosos são os mais desfavoráveis à doação de órgãos. **Conclusão:** Apesar do desenvolvimento de novas capacidades técnicas, existe escassez da disponibilidade de órgãos, revelando a importância da doação de órgãos. Dentre os fatores relevantes para a concretização do processo de doar órgãos é necessário, ainda, respeitar as leis que regem nosso país. **Referências:** Rodrigues SLL, Neto JBEF, Sardinha LAC, Araujo S, Zambelli HJL, Boin IFSF, Athayde MVO, Montone EBB, Panunto MR. Perfil de doadores efetivos do serviço de procura de órgãos e tecidos. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26(1):21-27. MARINELE, Marcelo Romão. A declaração de vontade do paciente terminal. As diretivas antecipadas de vontade à luz da Resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. Jus Navegandi, out. 2013. Brasil. Lei nº. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que “dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento” [Internet]. Diário Oficial da União. Acesso em 14 Set 2017.

INSTRUMENTAÇÃO CIRÚRGICA: AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DIDÁTICA DAS AULAS TEÓRICAS

MURYLO HENRIQUE FERREIRA DE BRITO, ANA CAROLINA DE SOUSA ANDRADE, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GABRIEL ANTONELLI, LUCAS PEREIRA CANEDO, TÚLIO CESAR PAIVA ARAÚJO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Cirurgia experimental/pesquisa básica

Objetivo: Este estudo experimental teve objetivo de analisar a importância da aula teórica sobre o tema “Instrumentação Cirúrgica” para o aprendizado do assunto, no decorrer da disciplina de “Técnica Operatória” do 5º período da Faculdade de Medicina da Universidade de Rio Verde, de Aparecida de Goiânia. **Método:** Foi realizada pesquisa empírica experimental com intervenção, realizada na Universidade de Rio Verde – Campus Aparecida de Goiânia. A amostra contou com 28 alunos regularmente matriculados no 5º período do curso de medicina e na faixa etária de 19 a 24 anos que realizaram pré e pós-teste sobre o tema “Instrumentação Cirúrgica” que foi assistido em uma aula ministrada após o pré-teste. **Resultados:** A turma avaliada é composta em sua maioria por estudantes de medicina do sexo feminino (64,28%). O pré-teste demonstrou 34% de acerto sobre questões de “hemostasia cirúrgica”, tendo o pós-teste demonstrado 59% de questões acertadas. A maioria dos alunos (78,57%) respondeu corretamente a questão que tratava sobre “sondas e drenos”, sendo esta a questão com maior índice de acertos. **Conclusão:** Pré e pós-testes são utilizados para medir o conhecimento adquirido pelos participantes, após aplicação de aula sobre a temática estudada. Foi possível concluir, através dos índices de acertos no pós-teste, que a aula teórica sobre instrumentação cirúrgica mais que duplicou o índice de acertos, colaborando assim para concretização do conhecimento dos alunos da disciplina de técnicas operatória acerca do tema. Assim, é importante a abordagem teórica deste assunto para o desenvolvimento de habilidades cirúrgicas entre os estudantes de graduação básica de medicina.

Referência: Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2ª edição. Brasil (Novo Hamburgo): Editora Feevale; 2013.

JUSTIFICATIVAS PARA A NÃO DOAÇÃO DE ÓRGÃOS DOS ESTUDANTES DE MEDICINA EM FACULDADE DE GOIÁS

MURYLO HENRIQUE FERREIRA DE BRITO, ANA CAROLINA DE SOUSA ANDRADE, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GABRIEL ANTONELLI, LUCAS PEREIRA CANEDO, TÚLIO CESAR PAIVA ARAÚJO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Cirurgia experimental/pesquisa básica

Objetivo: Este estudo objetivou apontar as causas mais importantes para a não doação de órgãos entre acadêmicos do 5º período de medicina. **Método:** Estudo transversal, observacional, com amostra não probabilística de 34 acadêmicos de medicina devidamente matriculados no quinto semestre da Universidade de Rio Verde. No período de agosto a setembro de 2017, os estudantes de medicina responderam o questionário, avaliando a intenção de doar os órgãos após a morte e os motivos para a não doação, e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e autorizaram a divulgação dos dados, mediante preservação do anonimato. A apuração dos resultados foi realizada através do Google Formulário. **Resultados:** Em relação a intenção de doar os órgãos após a morte, 23 (67,64%) relatam desejo em doar e 11 (32,35%) não apresentam intenção em doar os órgãos. Dos 11 que não apresentam intenção em doar os órgãos, 6 (54,54%) referiram falta de interesse, 4 (36,36%) referiram motivos religiosos e 1 (9,09%) referiu o medo como justificativa mais importante para a não doação de órgãos. **Conclusões:** A causa mais importante e frequente para a não doação de órgãos, entre os estudantes de medicina, é a falta de interesse, seguido por motivos religiosos e medo. **Referências:** Rodrigues SLL, Neto JBEF, Sardinha LAC, Araujo S, Zambelli HJL, Boin IFSF, Athayde MVO, Montone EBB, Panunto MR. Perfil de doadores efetivos do serviço de procura de órgãos e tecidos. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26(1):21-27. SANTOS, R.J. et al, Aspectos éticos dos transplantes de órgãos na visão do estudante de medicina: um estudo comparativo. Rev. bioét., Salvador, v. 24, n. 2, p. 344-54, 2016

O CENÁRIO DOS TRANSPLANTES NO BRASIL

ANNA CLARA MACHADO GOMES, RAISSA SILVA FROTA, MARIA GABRIELLA CUNHA BATISTA, FABIAN SOUSA GONZAGA FILHO, KELVIN ARAÚJO DE OLIVEIRA, VANESSA ZORZIN MAZER, ,

UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, UNIRV-CÂMPUS GOIANÉSIA, Cirurgia experimental/pesquisa básica

Visando analisar a atual a situação dos transplantes no Brasil, os índices número de doadores por milhão de população (pmp), doações efetivas, fila de espera e número de transplantes realizados foram utilizados no presente trabalho, realizou-se levantamento de dados nas plataformas do Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde (SNT/MS), com os descritores: transplantes e transplantes no Brasil. Para inclusão adotaram-se: estudos que abordassem mudanças na Legislação de Transplantes, o funcionamento do SNT, a realidade dos transplantes no país com ênfase nos indicadores acima referidos. Selecionaram-se 8 artigos, 1 livro e 2 sites do Governo Federal. O portal do MS referente ao SNT, informa que esse controla todas as ações visando as doações e transplantes de órgãos e tecidos no país. O SNT opera por ações de gestão política, promoção da doação, logística, credenciamento de equipes, hospitais para cirurgias, desenvolvendo campanhas de sensibilização em relação ao tempo. O Brasil tem o maior sistema público de transplantes do mundo, sendo 87% financiado integralmente pelo SUS, registrando-se recorde de doadores em 2016 (2983 pessoas), correspondendo a uma taxa de 14,6 pmp, crescimento de 5% em relação a 2015. Percebe-se grande dificuldade na doação, na avaliação do potencial doador em morte encefálica, na captação de órgãos e tecidos e na persistentemente elevada lista de espera. No referido portal relata-se a mobilização para diminuir a discrepância entre a oferta e a demanda de órgãos, em decorrência de equívocos no reconhecimento do doador com morte encefálica e despreparo das equipes. Como ponto positivo, destaca-se que o Brasil e o modelo usado para a doação de órgãos e tecidos humanos são referência mundial, graças às leis associadas ao financiamento público de tais procedimentos. O crescimento vegetativo da população, aliado à ampla extensão territorial de nosso país são fatores relevantes e também limitantes para que os transplantes atendam a contento as pessoas que dele necessitam, embora observe-se um crescente aumento dos mesmos nos últimos anos no Brasil. A considerar os ganhos observados em todas as áreas acima mencionadas, o futuro, no que se refere aos transplantes aqui realizados, apresenta-se extremamente promissor, pois o sucesso de tais procedimentos significa, para a população em geral, a garantia dos princípios fundamentais que embasam o SUS.

O TREINAMENTO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM PORCOS DURANTE A GRADUAÇÃO MÉDICA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THIAGO SCHROEDER BRANQUINHO REIS, CÉLIO GOMES DA SILVA NETO, STHEFANO ATIQUE GABRIEL, LAURA DI PAIVA GOMES E SILVA, BRUNA INACIO BOARETTI, JÉSSICA APARECIDA MARCINKEVICIUS, YGOR FERREIRA BRASIL, JEAN VICENTE MARCINKEVICIUS UNIEVAGÉLICA, UNILAGO, UNILAGO, UNILAGO, UNILAGO, UNILAGO, UNILAGO, ESTÁCIO - RIBEIRÃO PRETO, UNILAGO

Cirurgia experimental/pesquisa básica

Objetivo: Relatar a experiência dos alunos de medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO) com a simulação de procedimentos cirúrgicos em porcos. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por alunos do 6º período de medicina, durante as atividades práticas, no laboratório de técnica cirúrgica, da disciplina de Princípios em Clínica Cirúrgica e Técnicas Operatória II. Os alunos foram divididos aleatoriamente em equipes cirúrgicas (cirurgião, 1º auxiliar, 2º auxiliar, instrumentador e auxiliar de sala) para a confecção de procedimentos cirúrgicos nos segmentos cervical, torácico e abdominal de porcos previamente sacrificados. **Paramentação cirúrgica** e o uso de materiais de proteção individual foram utilizados por todos os alunos. **Resultados:** A divisão da equipe cirúrgica em 5 alunos permitiu a prática de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade como cricoidotomia, traqueostomia, toracocentese, drenagem torácica, laparotomia exploradora, colecistectomia, esplenectomia e nefrectomia, além de suturas básicas e complexas para síntese das cavidades. A atividade desenvolvida na forma de equipe cirúrgica e em ambiente semelhante a um centro cirúrgico, com a orientação externa do preceptor que não paramentou-se, permitiu aos alunos efetuar todos os procedimentos cirúrgicos, com a participação dos mesmos em todas as etapas da atividade cirúrgica, desde auxiliar de sala até cirurgião. Houve satisfação de todos os alunos em relação a simulação dos procedimentos cirúrgicos em porcos. **Conclusão:** Esta metodologia de ensino permitiu maior aprendizado teórico e prático dos alunos em relação a organização da equipe cirúrgica e dos procedimentos realizados em sala operatória.

PEQUENOS PROCEDIMENTOS EM CIRURGIA REALIZADOS EM CADÁVER PARA TREINAMENTO E APRENDIZADO

MURYLO HENRIQUE FERREIRA DE BRITO, ANA CAROLINA DE SOUSA ANDRADE, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GABRIEL ANTONELLI, LUCAS PEREIRA CANEDO, TÚLIO CESAR PAIVA ARAÚJO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Cirurgia experimental/pesquisa básica

Objetivo: Para o aprendizado de pequenos procedimentos em cirurgia, é imprescindível a simulação e o treinamento, porque proporciona maior segurança e capacitação. O objetivo do trabalho é pesquisar a efetividade do uso de cadáveres para prática de pequenos procedimentos médicos invasivos, além de que, por consequência, estudos anatômicos. O trabalho busca avaliar se há desenvolvimento da competência dos alunos com o uso dos cadáveres e maior segurança aos pacientes. **Método:** Foi realizada revisão bibliográfica sistemática em outubro de 2017, dos últimos cinco anos, nas bases de dados SciELO, Medline e Google Acadêmico, através dos descritores “pequenos procedimentos em cadáver”, “simulação com cadáver” e “cirurgia com cadáver”. **Resultados:** O estudo dos artigos científicos mostrou a efetividade da utilização dos cadáveres nas simulações dos pequenos procedimentos cirúrgicos invasivos cirúrgicos para os estudantes do Curso de Medicina, porque é possível o estudo anatômico e treinamento de procedimentos. Vários procedimentos podem ser realizados como, por exemplo: traqueostomia, cricotireoidostomia cirúrgica, acesso periférico, acesso venoso central e intubação, técnicas extremamente importantes na vida prática dos médicos generalistas. **Conclusões:** O uso de cadáver como metodologia didática em graduação e pós-graduação de medicina possui efetividade para o aprendizado e prática de pequenos procedimentos médicos invasivos, além de que, por consequência, estudos anatômicos. Desenvolve a competência dos alunos com o uso dos cadáveres e traz maior segurança aos pacientes. Durante toda utilização de cadáveres, é necessário ter ética profissional. **Referências:** Silva EPD, Santos KL, Barros PDS, Silva TN, Souza JL, Mariano AFS, Palma MB. Utilização de cadáveres no ensino de anatomia humana: refletindo nossas práticas e buscando soluções. XIII JORNADA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO – JEPEX 2013 – UFRPE: Recife, 09 a 13 de dezembro Mariani AW, Pêgo-Fernandes PM. Ensino médico: simulação e realidade virtual. Rev Diagn Tratamento. 2012;17(2):47-8.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ACOMPANHAMENTO CIRÚRGICO COMO ATIVIDADE DE LIGA ACADÊMICA NA FORMAÇÃO MÉDICA

MURYLO HENRIQUE FERREIRA DE BRITO, ANA CAROLINA DE SOUSA ANDRADE, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GABRIEL ANTONELLI, LUCAS PEREIRA CANEDO, TÚLIO CESAR PAIVA ARAÚJO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Cirurgia experimental/pesquisa básica

Introdução: As Ligas Acadêmicas de Medicina são entidades formadas por estudantes, com objetivo de aprofundar conhecimentos em determinada área médica, que muitas vezes, são pouco abordadas nas grades curriculares das faculdades. Esse modelo de ação social e complementação acadêmica surgiu no Brasil, em 1918, com a criação da Liga de Combate à Sífilis da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. As informações deste relato foram obtidas através experiência dos ligantes e de ex-ligantes, registros fotográficos e descritivos das atividades realizadas da Liga Acadêmica de Ortopedia e Traumatologia da Universidade de Rio Verde (LAORT) e revisão da literatura, objetivando ressaltar a importância do acompanhamento cirúrgico como atividade de uma Liga Acadêmica na formação médica. **Relato de caso:** A participação do aluno na Liga Acadêmica proporciona maior comprometimento com o ensino de graduação, aprofundamento e aplicabilidade dos conteúdos de cirurgia prático e teórico pelo acompanhamento de atividades cirúrgicas, inserção em atividades de pesquisa e extensão, interação com alunos de outras instituições e com a comunidade. Com isso é possível ampliar e consolidar o conhecimento, obter maturidade profissional, oportunidades e parcerias. **Conclusões:** A LAORT funciona como instrumento de inserção na atividade médica e científica, baseada no tripé ensino, pesquisa e extensão, visa conduzir adequadamente uma demanda que surge entre os estudantes que possibilita a formação de um profissional mais apto e preparado para abordagem integral de um paciente cirúrgico. **Referência:** SILVA SA, FLORES A. Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes. Revista Brasileira de Educação Médica. 2015; 39(3):410-425.

PERSPECTIVA DOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS SÓLIDOS NA REGIÃO CENTRO-OESTE

HUMBERTO DE SOUSA PIRES FILHO, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GUSTAVO MENDES ADRIANO, ERNANE ARANTES XAVIER, MATHEUS BORGES GUIMARÃES, ALEXIS MELGAREJO MAINARDI, PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA ALCANTARA PANIAGO, THIAGO MELANIAS ARAUJO DE OLIVEIRA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA

Cirurgia experimental/pesquisa básica

Objetivo: Analisar a situação de transplantes de órgãos sólidos na região Centro-Oeste, comparando-a com o cenário nacional, uma vez que o Brasil possui o maior programa público de transplantes do mundo. **Métodos:** Se trata de um estudo descritivo realizado com dados provenientes das Centrais de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDO), além de dados provenientes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Nesse estudo, foram analisados os transplantes de órgãos sólidos realizados, a relação de doador efetivo por PMP e a porcentagem de negativa familiar na região Centro-Oeste no Brasil, durante o período de 2014 a 2017. **Resultados:** Durante o período de 2014 a 2017 foram realizados 30.927 transplantes de órgãos sólidos no Brasil, sendo 1.108 realizados na região Centro-Oeste, o que corresponde a 3,5% do total em todo o país. Com relação ao período analisado, o ano de 2016 foi o que apresentou maior número de transplante de órgãos sólidos, com 7.955 procedimentos no Brasil e 321 procedimentos na região Centro-Oeste. Além disso, observa-se que os órgãos sólidos mais transplantados foram Rim e Fígado, tanto no Brasil quanto na região Centro-Oeste, acredita-se que isso seja decorrente desses órgãos poderem ser provenientes de doadores vivos, enquanto os menos transplantados foram Pâncreas e Pulmão, os quais não tiveram nenhum caso na região Centro-Oeste no período analisado. A respeito da relação de doador efetivos por PMP, observa-se um aumento ao longo do período analisado, sendo que o ano de 2016 apresentou o maior número, 9,6 pmp para a região Centro-Oeste e 14,6 pmp para o Brasil, desta forma observa-se que mesmo com esse aumento, o país não atingiu a meta de 15,1 pmp para o ano de 2016. Sobre a porcentagem de Negativa Familiar podemos observar que houve aumento na região Centro-Oeste, chegando a 55% no ano de 2016 e que no Brasil essa porcentagem se manteve entre 42% e 44%, o que pode ser atribuído a falta de compreensão da família em relação ao diagnóstico de morte encefálica e desconhecimento da família sobre o desejo do falecido, quando em vida, sobre a doação de órgãos. **Conclusão:** A região centro-oeste corresponde a uma pequena parte no número de procedimentos de transplantes dos órgãos sólidos no Brasil e apresenta um maior percentual de negativas familiares e menor relação de doador efetivos que o cenário nacional. Portanto, faz necessário campanhas de conscientização da população sobre a doação de órgãos.

SOLICITAÇÕES DE LEITOS DE CIRURGIA GERAL PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS NO ANO DE 2017

PAULO TADEU SILVA CAMPOS, ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES, ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO, EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA, NATHALIA AIDAR BITTAR, NATHALIA TAVARES DA SILVA, MARIA ANGELICA ELOI FRANCO, MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA PUC-GOÍÁS, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA

Cirurgia experimental/pesquisa básica

Objetivo: O conhecimento dos principais procedimentos solicitados à Clínica Cirúrgica é de grande importância para melhor construção de unidades de referência, alocação de recursos e treinamento dos futuros cirurgiões. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, quantitativo e populacional, baseado no Sistema de Regulação de Leitos do Estado de Goiás do Sistemas e projetos de TI da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO). Os dados foram restringidos ao ano de 2017. **Resultados:** Em 2017 foram solicitados à Regulação de Leitos da Secretária de Saúde do Estado de Goiás 16.012 vagas. Entre elas, destacam-se às solicitadas para a especialidade de cirurgia geral, que por ser de mais complexidade, necessita de regulação e permite melhor coleta de dados. Entre esses motivos, os mais solicitados foram 385 vagas para colecistectomia videolaparoscópica (CVL), 222 para apendicectomia (AA), 150 para colecistectomia (CC), 144 para diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica cirúrgica (DUC), 140 para laparoscopia exploradora, 124 para hernioplastia inguinal/crural unilateral, 53 para apendicectomia videolaparoscópica, 50 para hernioplastia umbilical, 46 para hernioplastia epigástrica, 40 para hemorroidectomia, 36 para colangiopancreatografia retrógrada via endoscópica, 35 para herniorrafia videolaparoscópica, 30 para tratamento cirúrgico em politraumatizado, 29 para gastrostomia, 29 para hernioplastia incisional, 22 para herniorrafia umbilical videolaparoscópica, 22 para reparação de outras hérnias, 21 para debridamento de úlcera/tecidos desvitalizados. **Conclusões:** A Cirurgia Geral é uma das especialidades de alta complexidade mais solicitadas, com a CVL como a quinta solicitação mais pedida, a AA como a nona, a CC como a décima quarta e o DUC como décima oitava. Com o conhecimento dos procedimentos mais solicitados pode-se traçar melhor alocação dos recursos, preparação de leitos e capacitação de profissionais médicos e um plano de ação mais individualizado para a população. Destaca-se a importância de que os residentes de cirurgia geral tenham participado e realizado os procedimentos mais solicitados durante a residência para atender a demanda do estado.

USO DE OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA ASSOCIADO À FASCIOTOMIA DE DELTOIDE APÓS INJEÇÃO DE ESTEROIDE ANABOLIZANTE COM FINS ERGOGÊNICOS: RELATO DE CASO

JOSÉ ANDERSON ALMEIDA SILVA, FRANCISCA ÉRIKA ALVES SARMENTO, JOSÉ JEFFERSON DA SILVA NASCIMENTO FILHO, JOÃO ONOFRE TRINDADE FILHO, ÍTALO SOUSA DE MORAES CASTRO, FRANCISCO ORNIUDO FERNANDES, PAULO SANTOS PANTOJA, LUIZ LUNA BARBOSA

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA/PB, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, CABELO/PB, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA/PB, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA/PB, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA/PB, HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO, JOÃO PESSOA/PB, UNIDADE DE APOIO AO DIABÉTICO E OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA, RECIFE/PE, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA, JOÃO PESSOA/PB

Cirurgia experimental/pesquisa básica

Introdução: Fasciíte necrosante é uma infecção bacteriana grave que envolve fáscia e tecido subcutâneo. Logo, um dos tratamentos baseia-se na Oxigenioterapia Hiperbárica que consiste na administração de uma fração inspirada de oxigênio próxima de um oxigênio puro. Relato de caso: Estudo de caso, indivíduo adulto, sexo masculino, 30 anos, fez uso de éster de testosterona injetável para fins de anabolismo sem prescrição médica e evoluiu com abscesso de deltoide após 10 dias. O diagnóstico de fasciíte foi eminentemente clínico e baseado em achados ecográficos. Foi administrada antibiotioterapia injetável com Ceftriaxona 1g Intramuscular por 10 dias, sem resposta clínica. Realizada drenagem do abscesso onde se observou grande quantidade de material purulento. Indivíduo evoluiu com nova abscedação, sendo realizada drenagem cirúrgica ampla, com retirada de grande quantidade de material purulento, tecido muscular necrosado e material hialino amoro de aspecto catarral de natureza não compreendida e deixado dreno de Penrose na própria incisão por 5 dias. Iniciado antibiotioterapia com Ciprofloxacina e Clindamicina via oral por 14 dias, após análise de cultura do material drenado neste procedimento (colônias de Staphylococcus Coagulase negativo), com evolução desfavorável, sendo então aventada a possibilidade de fasciíte necrotizante de deltoide após avaliação do infectologista. Levando em consideração o tratamento da fasciíte necrotizante do períneo (Síndrome de Fournier), e pelo risco iminente de perda do membro superior pelo insulto infeccioso não delatado, optou-se pela oxigenioterapia hiperbárica de deltoide associado à fasciotomia ampla deste grupamento muscular e oxigenioterapia no pós-operatório. Após a adoção do mesmo princípio terapêutico da Síndrome de Fournier, o indivíduo evoluiu bem, com controle completo do quadro infeccioso e exames ultrassonográficos sequenciais não demonstrando mais coleções. Conclusão: O tratamento consagrado para a Síndrome de Fournier na fasciíte perineal foi extrapolado para outro território muscular, com adequado controle terapêutico. Bibliografia: Chang FS, Chou C, Hu CY, Huang SH. Suture Technique to Prevent Air Leakage during Negative-Pressure Wound Therapy in Fournier Gangrene. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2018;6(1):01-06. Dos Santos DR, Roman ULT, Westphalen AP, Lovison K, Spencer Neto FAC. Perfil dos pacientes com gangrena de Fournier e sua evolução clínica. Rev. Col. Bras. Cir. 2018;45(1):e1430.

CIRURGIA BARIÁTRICA COMO CIRURGIA METABÓLICA: RELAÇÃO COM A REMISSÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2

ANA ELISA DA SILVA ESPIRITO SANTO, BARBARA ALICE DE SOUSA GOMES, MARIANA ROCIO RODRIGUES, RAYSA DO VAL BASTOS, VITORIA DE SOUSA GOMES, MARIA DE SOUSA AMORIM, MARINA ALEIXO DINIZ REZENDE, UNIRV CAMPUS APARECIDA, UNIRV CAMPUS APARECIDA, UNIRV CAMPUS APARECIDA, UNIRV CAMPUS APARECIDA, UNIRV CAMPUS APARECIDA, PUC GO, UNIRV CAMPUS APARECIDA

Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

Objetivo: Realizar uma revisão de literatura a respeito da cirurgia bariátrica com cirurgia metabólica, tendo como resultado a melhora de comorbidades como hipertensão arterial, cardiopatias, doenças articulares, apneia do sono, destacando-se a remissão do diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **Método:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica da literatura utilizando a base de dados SciELO, de 2013 a 2017. Foram adotados, para consulta à base de dados, os seguintes descritores: cirurgia bariátrica, cirurgia metabólica, remissão diabetes mellitus tipo 2. **Resultados:** Com o insucesso do tratamento clínico, pacientes com DM2, com índice de massa corporal (IMC) <30 e <35 kg/m² foram submetidos aos seguintes procedimentos: interposição ileal e gastrectomia vertical, derivação gástrica de Y-de-Roux (DGYR), banda gástrica ajustável, exclusão duodeno-jejunal e bypass duodenojejunal. Em outro estudo, compara-se a perda de peso entre pacientes que realizaram gastrectomia vertical e DGYR, apresentando melhor resultado aqueles pacientes submetidos à primeira opção. Assim, uma grande porcentagem que varia de 60% a 87,6% tem a remissão do DM2. A não remissão ou recidiva do DM2 pode estar associada à menor perda e reganho de peso, estando também associados antecedentes familiares para diabetes e hipertensão arterial. **Conclusões:** A cirurgia metabólica vem apresentando controle adequado do DM2, porém ainda há questionamentos sobre o efeito a longo prazo, principalmente em pacientes não obesos. **Bibliografia:** ¹ CAMPOS, Josemberg M., et al. CIRURGIA METABÓLICA, REGANHO DE PESO E RECÍDIVA DO DIABETES. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26s1/a13v26s1.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2018. ² FUCHS, Thaise, et al. O PAPEL DA GASTRECTOMIA VERTICAL NO CONTROLE DO DIABETE MELITO TIPO 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v30n4/pt_0102-6720-abcd-30-04-00283.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2018. ³ GIRUNDI, Marcelo G. REMISSÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEZOITO MESES APÓS GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO EM Y-DE-ROUX. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n3/pt_0100-6991-rcbc-43-03-00149.pdf>. Acesso em: 7 de março de 2018. ⁴ COSTA, Anna C., et al. PERFIL DOS OBESOS SEM REMISSÃO DO DIABETES MELITO TIPO 2 E/OU PERDA INSUFICIENTE DE PESO APÓS BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abcd/v26n4/v26n4a13.pdf>. Acesso em: 7 de março de 2018.

CIRURGIA BARIÁTRICA: REVISÃO DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS PÓS-OPERATÓRIOS

TÚLIO CESAR PAIVA ARAÚJO, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, MURYLLO HENRIQUE FERREIRA BRITO, GABRIEL ANTONELLI

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

Objetivo: O atual estudo teve como objetivo identificar através de revisão bibliográfica os principais aspectos psicopatológicos dos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Metodologia:** Realizou-se o levantamento bibliográfico da atual literatura identificando os principais aspectos psicopatológicos no pós-operatório da cirurgia bariátrica. Os artigos foram publicados nos períodos entre 2012 a 2016 utilizando a base de dados eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e PubMed. **Resultados:** A associação entre transtornos psicológicos e obesidade em grau avançado tem sido frequente nos últimos anos, dentre os quais podem ser citados: depressão, ansiedade, alcoolismo e compulsão alimentar. Estudos mostram que tais distúrbios podem influenciar de forma negativa na perda de peso no pós-operatório. Bem como, pode-se concluir com o resultado de alguns estudos que muitos distúrbios psiquiátricos presentes no pré-operatório permanecem mesmo após a perda de peso e podem se agravar durante os primeiros anos do pós-operatório. **Conclusão:** A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal. É hoje considerada problema de saúde pública em muitos países, e tem muitos riscos associados como problemas cardiovasculares, diabetes tipo II, hipertensão arterial, além de diversos distúrbios psicológicos associados. Sua etiologia é multifatorial e, assim, muitas são as abordagens terapêuticas, sendo a cirurgia bariátrica uma das possibilidades em casos específicos. Contudo, atualmente observa-se um exagerado número de procedimentos cirúrgicos, muitas vezes desnecessários que podem desencadear complicações psicológicas e somáticas aos pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. O levantamento demonstrou que apesar de numa forma geral, os estudos mostram uma tendência de melhora na qualidade de vida no pós-operatório, alguns transtornos psiquiátricos podem aparecer ou se agravar durante o pós-operatório e assim afetar os resultados esperados com a cirurgia. Dessa forma fica claro a necessidade de uma avaliação mais criteriosa em relação aos candidatos à cirurgia, bem como melhor acompanhamento psicológico destes.

CIRURGIA DE DERIVAÇÃO GÁSTRICA POR Y DE ROUX (DGYR), UMA ALTERNATIVA DE SUCESSO PARA O TRATAMENTO DE DIABETES TIPO 2 ?

ISABELA ASSIS CAMPOS, HELLEN KARYNNE SILVA, ANA CAROLINNE ALVES MARIANO, LUIS CLAYTON FERNANDES DE LIMA, WIULLER OLIVEIRA SILVERIO, HINGRYD LORENNIA SILVA, ANA CAROLINNE ALVES MARIANO, PAULO REIS ESSELIN DE MELO

FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER

Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

Objetivo: Apresentar uma nova proposta para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 e orientar a indicação cirúrgica do diabetes em pacientes com índice de massa corpórea (IMC) mais baixo nos quais o uso de procedimento cirúrgico para obesidade ainda é controverso. Sendo esse método a cirurgia de derivação gástrica por Y de Roux. **Método:** Foi realizada pesquisa nas bases de dados Pubmed, Medline, Pubmed Central, Scielo e Lilacs entre 2013-2018 correlacionando os descritores: cirurgia metabólica, obesidade e diabetes melito tipo 2. **Resultados:** Foram encontrados artigos relacionados que foram analisados pelos critérios da medicina baseada em evidências. As opiniões agrupadas procuraram responder as seguintes questões: A DGYR pode ser considerado uma terapêutica para a DM2 ? Cirurgia metabólica é a bariátrica? Mecanismos envolvidos no controle glicêmico; IMC critério isolado de indicação cirúrgica para o DM2 não controlado. **Conclusão:** As indicações cirúrgicas estipuladas pelo IDF são : pessoas com IMC entre 30-35 kg/m², em casos que haja descontrole do diabetes, com insucesso do tratamento clínico e fatores de risco cardiovasculares. Nestes casos, avalia-se a função de célula beta nos usuários de insulina. Quando os valores em jejum são maiores que 1,0 ng/dL há possibilidade de uma resposta cirúrgica satisfatória na melhoria do Diabetes.

CIRURGIA METABÓLICA PARA O TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2

ANA LUIZA LOPES CRUVINEL VIEIRA, ANA GABRIELLA DE ALMEIDA ARAÚJO, BRUNA RIBAS TEIXEIRA, CAROLINA TEIXEIRA NOGUEIRA, JULIANA PEREIRA DA SILVA, , ,
UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA

Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

Objetivo: Esclarecer os mecanismos de controle glicêmico na cirurgia metabólica em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. Método: Foi realizada uma pesquisa, na base de dados Scielo, entre 2014-2018, correlacionando os descritores: cirurgia metabólica, obesidade e diabetes mellitus tipo 2. Resultados: A cirurgia metabólica envolve a modificação anatômica do trato gastrointestinal, resultando em melhor controle metabólico de comorbidades agravadas pelo excesso de peso, como o diabetes mellitus tipo 2 (DMT2). A cirurgia poderá ser indicada para o tratamento de pacientes que possuem DMT2, com Índice de Massa Corporal entre 30 Kg/m² a 35 Kg/m². O Conselho Federal de Medicina definiu que a técnica cirúrgica se dará por bypass gástrico com reconstrução em Y-de-Roux. O controle glicêmico acontece no pós operatório imediato da cirurgia metabólica, antes de uma perda de peso significativa, indicando atuação de mecanismos além do emagrecimento no processo. Somada à restrição calórica, existem duas hipóteses que explicam esse controle. De acordo com a primeira, nutrientes menos digeridos chegam mais rapidamente ao intestino distal, estimulando hormônios incretínicos que levam ao controle glicêmico ao estimular a secreção insulínica e reduzir a ingestão alimentar. Na segunda hipótese, a exclusão duodenal e do jejuno proximal previne secreção de sinal que promoveria resistência insulínica e DMT2. A diminuição na produção de grelina e a microbiota intestinal como reguladora de mecanismos metabólicos carecem de comprovação. Por fim, a taxa de remissão do DMT2 varia de acordo com o procedimento cirúrgico, sendo os melhores resultados observados nas operações com associação entre redução gástrica e derivação intestinal. Conclusão: Vários mecanismos estão relacionados ao controle glicêmico na cirurgia metabólica e esta vem sendo amplamente realizada por atuar no tratamento específico do diabetes e da obesidade. Nesse contexto, promove-se qualidade de vida ao paciente, reduzindo a glicemia, o peso e comorbidades relacionadas. A cirurgia metabólica diminui a mortalidade de origem cardiovascular, conforme demonstram estudos prospectivos pareados com mais de 20 anos de seguimento, séries de casos controlados, além de estudos randomizados e controlados.

COMPLICAÇÕES TARDIAS DE BYPASS GÁSTRICO: UM RELATO DE CASO

LUCAS AUGUSTO RODRIGUES DE OLIVEIRA, CAROLINE FERRARI, EKATERINE APOSTOLOS DAGIOS, GABRIEL FONSECA BULHÕES, JORDANA NOGUEIRA GOMES, LAURIENE DE SOUZA NOGUEIRA, LUCAS DE SOUZA POLETTI, WLADIMIR FERNANDES BEZERRA
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA

Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

Introdução: Bypass gástrico é um procedimento cirúrgico que combina restrição gástrica, com confecção de um paut, e disabsorção. Mesmo com melhora significativa na qualidade de vida de pacientes obesos, algumas complicações, tais como sangramento nas linhas de sutura, obstrução intestinal, úlceras marginais e fístulas gastrointestinais podem ser causas de morbimortalidade imediata ou tardia. Relato: KCOA, 40 anos, sexo feminino, HPP de IRC, histórico de alcoolismo e Capella há 3 anos. Dia 07/02/17 deu entrada no Hospital Regional de Taguatinga, no Distrito Federal, com vômitos e relato de dor abdominal difusa. Flatos presentes e sem evacuação há 5 dias. EDA com sinais de semi-oclusão alta. Encontrava-se em MEG, abdome globoso e flácido, doloroso à palpação e sem sinais de IP. Apresentava anemia e leucocitose. RAA com sinais de obstrução intestinal e níveis hidroaéreos em delgado. TC com ascite, flocos gasosos de permeio e pneumoperitônio, com distensão líquida intestinal. Indicada LE, que evidenciou líquido entérico e úlcera labiada em parede do estômago excluído, tratada com desbridamento e síntese. No 5º DPO houve aumento do débito do dreno, peritonite e sinais de infecção de FO. Realizou-se nova abordagem cirúrgica onde se observou quantidade moderada de conteúdo entérico livre e úlcera em transição esofago-gástrica, perianastomótica, sendo feito o desbridamento e nova síntese. No 2º DPO, por sinais de deiscência foi feita reabordagem cirúrgica. Realizou-se gastrectomia subtotal de fundo e corpo gástricos excluídos, esplenectomia e síntese da lesão em estômago funcional. Em decorrência da posição desfavorável da fístula, optou-se por não passagem de prótese. Paciente evoluiu com melhora clínica, hemodinâmica e infecciosa. Submetida à EDA de controle no dia 23/03/17, com achado de fístula gástrica, sem outras alterações, evoluindo com alta hospitalar, embora tenha retornado a serviços de saúde devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Conclusão: Há dificuldade na terapêutica de complicações tardias de bypass gástrico, a exemplo de fístula esofago-gástrica e úlceras marginais na porção funcional do estômago. É imprescindível mudança no estilo de vida de pacientes submetidos a essa cirurgia, pois ela é fator de risco para labilidade emocional, o que conduz à ocorrência de úlceras gástricas e dependência química. Esses indivíduos necessitam de assistência cuidadosa no pré e no pós-operatório com equipe multiprofissional.

COMPLICAÇÕES NOS PÓS-OPERATÓRIO DO PROCEDIMENTO BARIÁTRICO

THAMYRIS SILVA MONTEIRO DE PAIVA, ALINE BOAVENTURA FERREIRA, ANA LYDIA DE ARAÚJO NABUTH, MARIANA QUEIROZ BORGES, VICTOR HUGO DA SILVA NUNES, PAULO CAIS REIS

FACULDADE ALFREDO NASSER/UNIFAN, FACULDADE ALFREDO NASSER/UNIFAN, FACULDADE ALFREDO NASSER/UNIFAN, FACULDADE ALFREDO NASSER/UNIFAN, FACULDADE ALFREDO NASSER/UNIFAN, PROFESSOR DA UNIFAN

Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

Objetivo: revisar as complicações advindas da cirurgia bariátrica e metabólica. Método: realizada revisão da literatura científica mediante consulta nas bases eletrônicas de dados bibliográficos da MEDLINE, LILACS, BIREME e SCIELO com os descritores “cirurgia bariátrica”, “complicações”, “obesidade mórbida” “deficiência nutricional” e “qualidade de vida” e seus correspondentes em língua inglesa. Resultados: geralmente a cirurgia bariátrica é bem tolerada, mas observa-se sua associação com complicações pós-operatórias. As complicações pós-operatórias mais comuns das técnicas em geral são tromboembolismo pulmonar, deiscência da sutura, fístulas, estenoses, infecções e hemorragia, hérnia interna e obstrução intestinal, sendo as duas últimas mais comuns no pós-operatório tardio. Estas vão variar de acordo com o procedimento escolhido podendo chegar a 40%. Pacientes com obesidade mórbida têm um risco maior do que a média de desenvolver complicações pós-operatórias, incluindo síndrome de seps grave, úlceras de pele, infecção de ferida operatória e doença tromboembólica venosa. As complicações respiratórias pós-operatórias são muito comuns, estas vão prolongar a estadia hospitalar gerando um aumento dos custos e uma maior morbimortalidade cirúrgica. O procedimento bariátrico leva a complicações metabólicas independente do método cirúrgico realizado, tendo deficiência de ferro e vitamina B12 e consequentemente um quadro anêmico. Deve-se fazer a suplementação desses elementos a cada seis meses. Náuseas e vômitos também podem ocorrer eventualmente e, nesses casos, é possível o aparecimento da Síndrome de Wernicke que pode deixar sequelas neurológicas, deve-se administrar vitamina B1 endovenosa enquanto durarem os vômitos. Conclusões: O conhecimento para reduzir o risco e incidência de complicações deve ser adquirido, e o cirurgião deve estar preparado para fazer um diagnóstico precoce e a elaborar uma intervenção adequada.

DIABETES MELLITUS E O PAPEL DA CIRURGIA METABÓLICA COMO TRATAMENTO

ALANA LAYLA BUENO PRADO, JORDANA CARNEIRO RODRIGUES DA CUNHA, LETÍCIA DIAS FARIA, MARIANA PORTO BRITO, RAFAELA VIEIRA FROTA, SHEILA MARIA RIZZO FIGUEIRA RODRIGUES, EDUARDO BRENNER BUENO PRADO,

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

OBJETIVO: Conhecer o número de internações e de óbitos por Diabetes Mellitus (DM), em brasileiros de 30 e 79 anos de idade no período de 2008 a 2017, além de apresentar a importância da cirurgia metabólica no tratamento do DM tipo 2 (DM2).

MATERIAIS E MÉTODOS: Trata-se de uma revisão de literatura sobre cirurgia metabólica e de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente às taxas de internação e de óbitos por DM em brasileiros entre 30 e 79 anos, no Brasil, entre 2008 e 2017. Os dados foram coletados na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Variáveis consideradas: CID – 10: Diabetes Mellitus, faixa etária, caráter de atendimento, sexo, internações e óbitos. RESULTADOS: A partir do período analisado, constatou-se 1.110.154 internações de brasileiros entre 30 e 79 anos, sendo que a maior incidência esteve entre idosos de 60 a 69 anos, representando 330.781 casos ou 29,8%. Ao se levar em consideração o sexo, a mulheres foram as mais acometidas por essa enfermidade, sendo responsáveis por 54,1% dos casos. Dentre esse número de internações, 1.045.367 dos casos ou 94,1% foram de pacientes admitidos em caráter de urgência. Quanto ao número de óbitos, foram registrados, nesse mesmo período, 46.109 mortes, sendo que 17.152 casos ou 37,2% ocorreram em idosos de 70 a 79 anos. Dentre esse total internações e de óbitos, o DM2 é responsável por 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. Logo, a cirurgia metabólica, definida como a realização de qualquer procedimento cirúrgico em que há modificação anatômica do TGI, tem sido uma opção indicada para pacientes portadores de DM2 sem adequado controle clínico, com IMC entre 30 e 35, após minuciosa avaliação seguindo os parâmetros dispostos no Escore de Risco Metabólico aqui proposto. Assim, os principais objetivos, além da perda de peso, são o controle metabólico, com consequente redução do risco cardiovascular. CONCLUSÃO: A partir dos dados analisados, é possível perceber que o DM2 é o tipo mais comum, principalmente em mulheres maiores de 60 anos. Conclui-se, ainda, que a cirurgia metabólica é uma forma de tratamento muito eficaz para o controle glicêmico. As intervenções no TGI em diabéticos com IMCs35 kg/m² possuem segurança e eficácia semelhantes aos grupos com IMCs maiores, levando a melhora do diabetes de forma superior aos tratamentos clínicos e mudanças de estilo de vida.



IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DA CIRURGIA BARIÁTRICA

ALINE BOAVENTURA FERREIRA, THAMYRIS SILVA MONTEIRO DE PAIVA, ANA LYDIA DE ARAÚJO NABUTH, MARIANA QUEIROZ BORGES, RENATA MANSUR CALDEIRA, PAULO REIS
FACULDADE ALFREDO NASSER/UNIFAN, FACULDADE ALFREDO NASSER/UNIFAN, FACULDADE ALFREDO NASSER/UNIFAN, FACULDADE ALFREDO NASSER/UNIFAN, FACULDADE ALFREDO NASSER/UNIFAN, PROFESSOR UNIFAN
Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

Objetivo: ressaltar a importância no acompanhamento pré-operatório além das orientações no período de pós-operatório. Método: estudo retrospectivo de revisão da literatura científica mediante consulta nas bases eletrônicas de dados bibliográficos da MEDLINE, LILACS, BIREME e SCIELO com os descritores “cirurgia bariátrica”, “pré-operatório”, “pós-operatório”, “equipe multidisciplinar”, “obesidade” e seus correspondentes em língua inglesa. Resultados: foi observado que a indicação para a cirurgia deve ocorrer após rigorosa avaliação multiprofissional. Dentre os profissionais envolvidos temos fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, médico cirurgião, médico cardiologista, médico pneumologista e médico endocrinologista. Isto porque o sucesso do tratamento cirúrgico depende do equilíbrio emocional e de mudanças nos hábitos de vida do indivíduo. O objetivo da fisioterapia é diminuir as chances de complicações no sistema cardiopulmonar, músculo esquelético e metabólico; este acompanhamento é fundamental para uma melhor reabilitação pós-cirúrgica. O médico pneumologista é o responsável pela comprovação dos trabalhos iniciados pelo fisioterapeuta. A fonoaudiologia contribui na evolução dos pacientes durante o pré e pós-operatório, avaliando e indicando a terapia prévia, e também no reaprendizado das funções de sucção, mastigação, deglutição e respiração, evitando a ocorrência de vômitos, refluxos e engasgos. O médico endocrinologista irá identificar e tratar eventuais doenças relacionadas à obesidade, bem como os eventuais distúrbios hormonais que possam contribuir para essas doenças. A atuação do nutricionista deve ocorrer tanto no acompanhamento do paciente no pré-operatório para correção dos hábitos alimentares e do peso, quanto posterior à cirurgia para prescrição da dieta pós-operatória. Para determinação dessa prescrição a ser seguida no pós-operatório, deverão ser observadas as particularidades da técnica cirúrgica aplicada, no sentido de evitar a desnutrição proteico-calórica e carências nutricionais e dar continuidade às mudanças de hábitos alimentares. A psicologia tem um papel fundamental nesse processo, avalia se o paciente está ou não preparado para enfrentar as transformações advindas da cirurgia. Conclusão: A adoção de uma abordagem multidisciplinar pré-operatória causa melhoras significativas nos resultados pós-operatórios diminuindo as complicações decorrentes da cirurgia, abrangendo aspectos físicos e psíquicos.



PRESCRIÇÃO DE CIRURGIA BARIÁTRICA NO TRATAMENTO DE DIABETES E HIPERTENSÃO
ROSAYNNY DA COSTA FUMEIRO, CARMEM FRANSCELYE ROSA SALES, RUBERVAL DA COSTA FUMEIRO FILHO, GABRIELA CRISTINA PIMENTA BARBOSA, GUTEMBERG DA COSTA FIGUEREDO, ROSANA DA COSTA FIGUEREDO GABRIEL TEDD,
FACULDADE FAMP, FACULDADE FAMP, FACULDADE FAMP, FACULDADE FAMP, MEDICO CLÍNICO GERAL PELA FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL-FACIPLAC, POS GRADUADA EM ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE PELA FMC
Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

OBJETIVO: O objetivo foi destacar a importância da prescrição de cirurgia bariátrica no tratamento de diabetes e hipertensão, já que a técnica apesar de não ser nova só é realizada experimentalmente no país, pois ainda não possui técnica cirúrgica regulamentada, sendo assim através da observação de resultados positivos sobre os experimentos é de relevância dar apoio para publicação deste estudo. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo realizado através de diálogos com cirurgiões bariátricos da região centro oeste, onde foi demonstrado relatos de pacientes e foi utilizado quatorze trabalhos, buscados nos bancos de dados do Norte-Americano PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período que compreende os últimos quatro anos, através dos descritores “bariatric”, “surgery”, “hypertension”, “diabetes”, além de dados colhidos na revista americana Circulation. Os dados foram abordados de forma descritiva- qualitativa (Microsoft®). **RESULTADOS:** Na avaliação de 100 pacientes hipertensos 83,7% realizaram a cirurgia de redução e assim diminuíram o número de medicações mantendo a pressão controlada, e 51% realizaram o procedimento e não precisaram mais utilizar medicações. Nos pacientes diabéticos submetidos a cirurgia houve queda significativa da glicemia antes mesmo da perda de peso destes. **CONCLUSÕES:** Dados afirmam que não existem evidências científicas de longo prazo que comprovem a segurança e eficácia de cirurgia bariátrica no tratamento de diabetes tipo 2 ou hipertensão em pacientes com IMC abaixo de 35 Kg/m. Experiências relatam que a eficácia da bariátrica seria ligada no controle de pressão dos obesos, sendo que ao realizar o procedimento é evidente a queda de glicemia o que leva a concluir que a gastroplastia seria um método de ajuda no controle de ambas as dislipidemias.



SITUS INVERSUS PARTIALIS DO ESTÔMAGO: ACHADO INTRA-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

FERNANDA DANTAS, ANA LAURA REICHERT CENTENARO, CLÁUDIO GERMANO TEODORO, DIOGO SILVEIRA CASTILHO, JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE, JORGE AKIRA HONDA, MARCOS MASSAKI OTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA CAMPUS BOTUCATU, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

Introdução: O termo Situs significa posição ou localização. Situs Solitus refere-se a organização habitual dos órgãos torácicos e abdominais. Dessa forma, o Situs Inversus consiste na imagem em espelho do Situs Solitus, através do plano sagital. É uma condição autossômica recessiva rara, com prevalência 0,04% -0,3%. Divide-se em Situs Inversus Totalis, forma mais comum na qual os órgãos abdominais e torácicos incluindo o coração estão invertidos e o Situs Inversus Partialis, tipo menos comum, com prevalência 1:22000 nascidos, em que os órgãos torácicos ou abdominais se encontram invertidos, porém com o coração em disposição normal. O Situs Inversus Partialis tem grande importância clínica pela dificuldade diagnóstica. Muitas vezes exames de imagem pré-operatórios não possibilitam a identificação da anomalia, configurando achados incidentais durante procedimentos cirúrgicos. **Relato de Caso:** Paciente L. F., sexo feminino, 21 anos, com que quadro de obesidade, foi submetida a procedimento de gastroplastia Sleeve laparoscópica. Após avaliação psicológica e nutricional e realização exames de imagem que não revelaram alterações morfológicas, foi programada uma gastroplastia em Bypass gástrico. Durante ato cirúrgico, após introdução dos trocâteres e levantamento do lobo hepático esquerdo, não foi possível identificar o estômago e o baço. Ao rebater-se lobo direito do fígado, identificou-se o estômago com a pequena curvatura voltada para região de coluna vertebral. Ainda na borda do lobo direito do fígado, a vesícula biliar situava-se mais medialmente, próximo ao ligamento falciforme. O baço não foi localizado. Diante dos achados intra operatórios e caracterizada a anatomia de Situs Inversus do estômago, optou-se pela realização de gastrectomia vertical Sleeve. **Conclusão:** A avaliação pré-operatória para Situs inversus tem o objetivo de avaliar anomalias cardíacas e/ou gastrointestinais e orientação das vísceras, baseada na complexidade do procedimento. Dessa forma, determina-se o tratamento cirúrgico apropriado, além de minimizar as dificuldades cirúrgicas, tempo e complicações intra operatórias.



VANTAGENS DA CIRURGIA METABÓLICA NA REMISSÃO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATRAVÉS DA NOVA RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA Nº 2.172/2017

ALICE SOUSA ALMEIDA, CARLA MANOELA MUCA E ANDRADE, CRISTIANE DE JESUS DO NASCIMENTO OLIVEIRA, ELBAMARI CASTILLO VILELA, MARIANA QUEIROZ BORGES, NORBERTO MENDONÇA GARCIA FILHO, PAULO REIS ESSELIN DE MELO,
FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES.
Cirurgia para obesidade e/ou diabetes

Objetivo: Comparar as vantagens da cirurgia metabólica para controle glicêmico de pacientes com obesidade grau I e portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), como a perda de peso e alteração nas comorbidades metabólicas. **Método:** Foi realizado uma revisão de literatura com artigos publicados nos últimos cinco anos nas bases de dados Pubmed e Scielo. **Resultados:** A síndrome metabólica (SM) é um conjunto de alterações relacionadas à obesidade e ao desenvolvimento de diversas comorbidades, como o DM2. Dados do International Diabetes Federation estimaram que em 2016 havia cerca de 415 milhões de diabéticos no mundo e que até em 2040 esse número aumentaria para 642 milhões. A cirurgia metabólica (CM) promove alteração anatômica do trato gastrointestinal, assim controlando os fatores de risco metabólicos e o emagrecimento, melhorando o quadro de obesidade grau I e DM2, além da qualidade de vida do paciente. Dessa forma, a CM apresenta maiores benefícios em comparação ao tratamento clínico, que consiste em controle dietético e fármacos que auxiliam na perda de peso. Contudo, a longo prazo, essa terapêutica clínica se torna ineficaz, com alta taxa de recidiva de ganho de peso. Logo, a cirurgia bariátrica demonstra melhor resolução da SM, em que promove o emagrecimento, controle metabólico da glicemia e reduz o risco cardiovascular. As principais técnicas utilizadas são a derivação gastrojejunal em Y-de-Roux (DGJYR), a gastrectomia com desvio biliopancreático e a gastrectomia vertical (GV). Em dezembro de 2017, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou uma resolução, que recomenda a CM como opção terapêutica para pacientes com DM2 que tenham índice de massa corpórea (IMC) entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m², desde que a enfermidade não tenha sido controlada com tratamento clínico. A técnica cirúrgica prevista na resolução é a DGJYR, sendo a GV opção disponível apenas se a DGJYR estiver contraindicada. **Conclusão:** Diversos estudos apresentam evidências que suportam que há considerável perda de peso e efetiva remissão e prevenção da DM2, hipertensão e dislipidemia em pacientes submetidos à derivação gastrojejunal em Y-de-Roux (DGJYR). Por essas razões as cirurgias metabólicas devem ser consideradas no algoritmo de tratamento da DM2.

ADENITE MESENTÉRICA E APENDICITE AGUDA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM ABDOME AGUDO PEDIÁTRICO

ANA CAROLINA FERREIRA RODRIGUES, CAROLINE DOS REIS VALADARES, RONE ANTONIO ALVES ABREU

CENTRO UNIVERSITARIO ITPAC, CENTRO UNIVERSITARIO ITPAC, CENTRO UNIVERSITARIO ITPAC

Cirurgia pediátrica

INTRODUÇÃO: A dor no quadrante inferior direito de caráter emergente é a condição mais comum necessitando de internação cirúrgica em hospitais pediátricos, sendo apendicite aguda (AA) e a adenite mesentérica (AM) as causas mais comuns. A adenite mesentérica (AM) é um exemplo não cirúrgico relativamente raro, se apresenta como dor súbita em quadrante inferior direito (QID) do abdome ou região epigástrica associada à febre e faz diagnóstico diferencial com a principal causa de abdome agudo cirúrgico: a apendicite. É definida por três ou mais linfonodos medindo pelo menos 5 mm no mesentério do QID. Tem as infecções intestinais por *Yersinia enterocolitica* como etiologia mais comum. Não raro o diagnóstico é feito no ato cirúrgico para tratamento de apendicite aguda, quando se observa apêndice de aspecto normal e linfonodos hipertrofiados. Porém a ultrassonografia constitui importante método diagnóstico. O manejo em ambas as patologias diferem substancialmente, enquanto na AM a conduta é conservadora e não requer necessariamente hospitalização, na AA requer hospitalização para conduta cirúrgica imediata. Estudo que avaliou 651 pacientes hospitalizados com suspeita de apendicite aguda, 7,7% teve alta com diagnóstico de adenite mesentérica. **RELATO DO CASO:** Criança de sete anos de idade, sexo masculino, com quadro de dor abdominal em região periumbilical que evoluiu para fossa ilíaca direita (FID) associada à febre. Medicado com sintomáticos e antibióticos por dois dias, teve piora do quadro algico e foi levantada suspeita de apendicite aguda. Ao exame admissional estável hemodinamicamente, ativo, ruim estado geral, normocorado, hidratado, afebril, eupneico e eucárdico. Abdome pouco distendido, com defesa, ruídos hidroaéreos presentes, doloroso a palpação superficial e profunda em FID, sem dor a descompressão súbita. Solicitado exames laboratoriais que se encontraram dentro dos limites da normalidade e a ultrassonografia de abdome evidenciou apêndice de aspecto normal, linfonodomegalias mesentéricas e líquido livre, sendo diagnosticado como adenite mesentérica. Paciente recebeu suporte clínico e no 2º dia de internação teve alta hospitalar em bom estado geral. **CONCLUSÃO:** É válido incluir a AM nos diagnósticos diferenciais de abdome agudo pediátrico já que mesmo não sendo grave, seu diagnóstico diferencial com uma infecção potencialmente grave nessa faixa etária como a apendicite aguda, evita hospitalizações e intervenções cirúrgicas desnecessárias.

ASSOCIAÇÃO DE VATER COMPLEXA COM BEXIGA NEUROGÊNICA E INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA NO RECÉM-NASCIDO: RELATO DE CASO RARO.

ULLY URZÊDA BASÍLIO, EDWARD ESTEVES PEREIRA, JAIR RODRIGUES DE OLIVEIRA JUNIOR, ANA LYDIA DE ARAÚJO NABUTH, IASMIN BARBIERO ABDALLA

UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN

Cirurgia pediátrica

INTRODUÇÃO: A associação de VATER representa um acrônimo que se caracteriza pela presença simultânea das seguintes malformações congênitas em recém-nascidos, potencialmente graves: V = defeitos Vertebrais, A = anomalia Anorretal, T = fistula Traqueal, E = atresia do Esôfago, R = doença Renal. O objetivo dos autores é apresentar um caso de uma criança portadora de VATER, com uma raríssima associação de bexiga neurogênica pelo defeito vertebral, complicada com insuficiência renal crônica, outras malformações e que foi tratado também por videocirurgias para esôfago e doença renal. **RELATO DO CASO:** D.L.C.F, masc, PN= 2800g, IG= 37s/3d, parto cesáreo, diagnóstico pré-natal de: hidronefrose bilateral, repleção vesical persistente, sem oligodrâmnio, suspeitando-se de obstrução uretral. Após nascer diagnosticamos atresia do esôfago com fistula traqueoesofágica distal (tipo C), ânus imperfurado com fistula retouretral, defeito de vértebras sacrais causando bexiga neurogênica, displasia cística do rim esquerdo, criptorquidia esquerda com hérnia inguinal. Já com dois dias de vida evoluiu com insuficiência renal. Foi submetido a várias cirurgias: esofagoplastia por toracoscopia concomitante com vesicostomia para aliviar o quadro urinário, colostomia em dupla boca para evacuar, ureterostomia direita para a mega-hidronefrose. Após uma semana sem melhora da função renal iniciou diálise peritoneal por um cateter de Tenckhoff. Com a diálise houve importante crescimento da hérnia inguinal e edema genital, requerendo hernioplastia com um mês de idade e aproveitou-se para fazer o primeiro tempo cirúrgico da orquidopexia esquerda. Aos 40 dias de vida, já melhorando a função renal, foi submetido a anorretoplastia via sagital posterior, e já se alimentava bem por via oral. Constatou-se exclusão funcional do rim esquerdo. Aos 52 dias de vida foi submetido ao fechamento de colostomia, da vesicostomia e retirada do cateter. Aos 4 meses realizou-se nefroureterectomia laparoscópica esquerda. Hoje, o lactente com 7 meses de idade está assintomático, aparentemente continente fecal ainda com ureterostomia. **CONCLUSÃO:** As crianças com VATER podem cursar também com outras malformações, tais como genitais, espinha bífida e insuficiência renal pelos defeitos vertebrais, mas todas podem ser bem tratadas por uma equipe multiprofissional, em UTI, e com as vantagens da videocirurgia.

HERMAFRODITISMO VERDADEIRO : RELATO DE CASO

FERNANDA DANTAS, ANA LAURA REICHERT CENTENARO, ARIVALDO FERREIRA MENDES JUNIOR, CLÁUDIO GERMANO TEODORO, JACQUELINE KUWAHARA ZOCANTE, MARCOS MASSAKI OTA, SANDRA YUKI KANOMATA,

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL.

Cirurgia pediátrica

Introdução: O hermafroditismo verdadeiro (HV) é uma causa rara de ambiguidade genital. A incidência de HV varia de 2 a 10% dentro do universo de ambiguidade genital e varia de região para região. O cariótipo mais prevalente é o 46XX (60%), sendo os demais casos de mosaicos e quimera. Sua comprovação se dá por meio da histopatologia de tecido gonadal feminino - células ovarianas (folículos ou corpora albicantia) - e masculino - células testiculares (túbulos seminíferos, espermatogônias, espermatozoides) - no mesmo indivíduo. A presença somente de estroma fibroso não caracteriza ovário, assim como o achado de células de Leydig não configura testículo. O tratamento clínico consiste na reposição hormonal, o cirúrgico quando necessário é feito pela correção cirúrgica da genitália interna e externa. **Relato de Caso:** Paciente nascida em 16 de Dezembro de 2006 com genitália ambígua, passou em consulta no ambulatório de endocrinologia com 22 dias de vida. Ao exame físico inicial apresentava clitoris hipertrofiado com aspecto de pequeno falo de aproximadamente 2 cm, hipospádia sem gônadas palpáveis, classificação de Prader IV. Foi solicitado, exames laboratoriais endocrinológicos, cariótipo e Ressonância Nuclear Magnética (RNM) e encaminhada ao ambulatório de Cirurgia Pediátrica. No dia 12 de abril de 2007 no retorno apresentou resultados dos exames endocrinológicos com aumento da aldosterona, LH, Testosterona, DHEA, e cortisol cariótipo 46 XX porém a família não conseguiu realizar RNM. Foi solicitado biópsia das gônadas que apresentou gônada direita com presença de parênquima ovariano imaturo e ausência de tecido testicular, gônada esquerda constituída por tecido testicular e ovariano imaturo e presença de corpos cavernosos no falo. Em decisão conjunta com a equipe multidisciplinar e com a família optou-se pela escolha do sexo feminino tendo em vista o desejo da família e a presença de útero e ovário. Em Setembro de 2007, com 8 meses de idade, a paciente foi submetida a procedimento cirúrgico: laparotomia exploradora e clitoridoplastia sendo retirada gônada esquerda (testículo) e preservação de gônada direita (ovário). **Conclusão:** Paciente atualmente está com 12 anos de seguimento, em acompanhamento anual no serviço de Cirurgia Pediátrica e Endocrinologia. Encontra-se no estágio pré-púbere (M2 T2 de Tanner) com desenvolvimento de caracteres secundários compatível com a idade.

RELATO DE CASO DE CÁLCULO CORALIFORME EM CRIANÇA

MARCELA CASSOL, CAMILA SILVA GARCIA, IGOR SANTOS MACHADO FILGUEIRA,
NATHALIA JACOME OBEID, ELIANGELA FALCAO GARCIA, CAROLINA PEREIRA VIEIRA, JOSE
ROBERTO LEONEL FERREIRA, RICARDO MONTE SERRATE SILVA

FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ, HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE APARECIDA DE GOIANIA

Cirurgia pediátrica

Introdução: Em pacientes pediátricos a litíase renal é um evento infrequente. O cálculo coraliforme afeta 1 a 1,5 % da população global sendo mais incidente no gênero feminino e na quinta década de vida. Sua fisiopatologia está correlacionada a infecções urinárias por bactérias produtoras de urease, tais como as do gênero *Proteus*, *Pseudomonas* e *Staphylococcus*, as quais amplificam o potencial hidrogeniônico urinário promovendo precipitação de sais, principalmente a estruvita. Associado a isso, malformações do trato urinário, histórico familiar de nefrolitíase e o fator nutricional são elementos que predis põe a formação de cálculos. O quadro clínico na criança é de caráter variável podendo o paciente apresentar se assintomático ou referir sintomas como hematuria, disúria e dor abdominal difusa. O sintomático mais habitual é a febre e os sintomas clássicos de infecção do trato urinário. A investigação diagnóstica é baseado em exames de sangue, urocultura e métodos de imagem não invasivos, como ultrassonografia das vias urinárias e o radiografia de tórax. Indica-se como tratamento inicial a litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LECO), em virtude, das crianças eliminarem com mais facilidade e rapidamente os fragmentos do cálculo, todavia, caso refratário, rim com a funcionalidade alterada e dilatação severa indica se a nefrolitotomia percutânea. Esse relato detém com objetivo acrescentar a literatura um caso clínico de nefrolitíase coraliforme com um padrão epidemiológico inusitado. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, com seis anos de idade, com história prévia de infecções do trato urinário repetidas, referindo dor abdominal no flanco esquerdo, hematuria, disúria e febre. Encaminhado para o serviço de diagnóstico por imagem a radiografia de abdômen evidenciou litíase renal bilateral com cálculo coraliforme à esquerda. A ureterocistoscopia miccional não identificou refluxo vesico-ureteral. O tratamento incluiu a LECO em associação a antibiótico terapia, o cálculo à direita foi mantida monitorizarão de controle. Conclusão: O tratamento padrão para cálculo coraliforme maior que 2 cm é a nefrolitotomia percutânea. Caso não tratado rapidamente, o paciente poderá evoluir com insuficiência renal crônica e falência orgânica.

SÍNDROME DE CUSHING E PUBERDADE PRECOCE EM CRIANÇA COM CARCINOMA ADRENAL METASTÁTICO – RELATO DE CASO

ANA LYDIA DE ARAÚJO NABUTH, IASMIN BARBIERO ABDALLA, ULLY URZÊDA BASÍLIO,
EDWARD ESTEVES PEREIRA

UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN

Cirurgia pediátrica

Introdução: Os carcinomas adrenais pediátricos são mais comuns no Brasil do que em outros países e a maioria se apresenta nos estágios 1 e 2 devido aos sinais precoces de síndrome de Cushing. O objetivo dos autores é relatar um caso raro de aparecimento precoce grave, operado já em estágio avançado, sem resposta à quimioterapia protocolar. Relato do caso: EST, feminina, 3 anos e 8 meses, obesa, com história de otalgia seguida de crise tonicoclônica, comatosa, foi intubada, apresentou pneumonia, sendo palpada uma massa abdominal e somente então notaram pubarca, hirsutismo e acne, que a mãe já notara há 10 meses antes, além de irritabilidade e cefaleia sem se tomar providências pelos pediatras anteriores. Apresentava hipertensão arterial irregular, melhorou o quadro neurológico e foi investigada em nosso serviço pois a TC mostrou neoplasia adrenal extensa ocupando quase todo hemi abdome esquerdo, e metástases hepáticas. Ao exame físico, chegou em bom estagio geral, corada, peso 19,2 kg, altura 93cm (percentis 90), PA 140x10mmHG, fácies cushingoide, acne, hirsutismo, abdome distendido, tenso, com massa palpável em hipocôndrio e flanco esquerdo com cerca de 13cm e fígado palpável à 7cm do rebordo costal direito. Genitália em Tanner P4 G2. Estadiada como IV de alto risco, recebeu primeiro ciclo de quimioterapia (mitotane, adriamicina, VP-16 e ciclofosfamida) sem alteração das lesões. Foi então submetida a cirurgia citorrredutora e para estadiamento patológico, realizando-se adrenalectomia esquerda radical extensa muito delicada, e hepatectomia regrada para as 6 metástases. O exame patológico confirmou carcinoma adrenal (necrose 60%, pleomorfismo, cápsula comprometida, presença de êmbolos vâsculo-linfáticos), vava cava comprometida pela neoplasia e carcinomas hepáticos metastáticos. Reiniciou a quimioterapia, e após 3 ciclos, já sem fácies anormal, magra e sem acne, a TC ainda evidenciou fígado com novos nódulos, metástases pulmonares, rim esquerdo afilado e nodulação no seu polo inferior (1.9 cm) e linfonodomegalias retroperitoneais. Atualmente segue em quimio, assintomática. Conclusão: os carcinomas adrenais pediátricos podem se apresentar para tratamento em formas avançadas, necessitando cirurgia citorrredutora como parte do tratamento multimodal, com bons resultados. A negligência dos sinais de Cushing por pediatras permite o avanço e piora da morbidade de tumores pediátricos como esse.

RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA HÉRNIA ENCARCERADA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

MARESSA BYANNC A COUTO, MATHEUS AZEVEDO ZAIBAK, LARA DIAS CASTRO
CAVALCANTE, VITOR RIBEIRO NOVAES, LUMA GUIMARÃES DE SOUZA, GUNTHER ABREU
DE ALMEIDA, BÁRBARA CAROL SOARES DE FRANÇA
UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO
VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE
RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE
Cirurgia pediátrica

OBJETIVO: Sistematizar a presença de hérnia inguinal e os riscos impostos à pacientes pediátricos. **MÉTODO:** O percurso metodológico escolhido foi delineado pela revisão sistemática da literatura, através de dados das bases da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), usando como termos de buscas, os descritores: “hérnias em pacientes pediátricos”. Foi utilizado como critério de inclusão, a presença de hérnia umbilical durante a infância, e como critério de exclusão, bibliografias desatualizadas, anteriores aos últimos 5 anos. **RESULTADOS:** Na infância, destaca-se maior incidência de hérnias inguinais do tipo oblíqua externa ou indireta que pelas características morfológicas, oriundas da persistência de uma estrutura embrionária transitória que possui alto risco de encarceramento. Quanto ao sexo, indivíduos do gênero masculino tem risco superior ao feminino em desenvolver hérnia inguinal ao longo de sua vida, o que pode ser observado em dados gerais, que apresentaram incidência de 61,11% em homens, e em contrapartida, 38,89% em mulheres. Esses números se confirmam ao analisar recém-nascidos e lactentes de até 2 meses de idade, com 60% de contraste em relação ao gênero oposto. Aos dois anos de idade, essa diferença diminui para cerca de 40%, e atinge 35% aos 16 anos. Há ainda outros fatores de suscetibilidade para as crianças desenvolverem hérnias que necessitem de intervenção cirúrgica, como os neonatos com baixo peso ao nascimento, acrescentando ainda mais riscos se nascido com peso inferior a 1000 gramas e prematuros com menos de 32 semanas. Sintetizando, além da alta incidência de hérnias nessa população, há ainda altas taxas de encarceramento, que demandam intervenção cirúrgica precoce, e ocasionalmente procedimentos de urgência, pelo risco de torção e infarto testicular, que ameaçam a vida reprodutiva do paciente. **CONCLUSÃO:** A hérnia inguinal encontra-se como regular manifestação em pacientes pediátricos, principalmente naqueles que obtiveram durante sua gestação uma má condução do pré-natal. Dessa forma, a avaliação criteriosa e seriada de crianças com risco, pelos pediatras e cirurgiões pediátricos, denota grande relevância para submeter esse grupo a cirurgias eletivas sem ameaça de possíveis complicações, devendo ser, ainda, operadas sem demora, visto o risco de encarceramento.

TERAPIA CIRÚRGICA FETAL COMO TRATAMENTO DE MALFORMAÇÕES

BRUNA RIBAS TEIXEIRA, ANA LUIZA LOPES CRUVINEL VIEIRA, GIOVANA ALCINO CARNEIRO, MIKAELLA FURTADO MORENO

UNIRV – APARECIDA, UNIRV - APARECIDA, UNIRV - APARECIDA, UNIRV - APARECIDA
Cirurgia pediátrica

Objetivo: Apresentar os avanços e as dificuldades na terapia cirúrgica fetal. Método: Foi realizada uma pesquisa, na base de dados Scielo, no período de 2014-2018, correlacionando os descritores: feto/cirurgia; fetoscopia/métodos; procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos. Resultados: O tratamento cirúrgico fetal iniciou-se em 1980 por meio da via a céu aberto, que envolve laparotomia materna, seguida de histerotomia e exposição fetal direta. O estudo MOMS (Management of Myelomeningocele Study) mostrou que, apesar de ser mais vantajosa que uma cirurgia após o nascimento, existem grandes riscos maternos relacionados à cirurgia aberta, por ser responsável por uma zona de fragilidade no útero. Entre suas principais complicações está a rotura uterina fora do trabalho de parto, decorrente da distensão do útero na gestação atual ou subsequente. Dessa forma, determinada técnica tem sido gradativamente substituída pela fetoscopia, procedimento menos invasivo, realizado através da ultrassonografia, pela inserção de uma câmera intra útero. Através desse exame, é possível a utilização do laser para o tratamento de diversas malformações fetais, dentre elas bridas amnióticas, transfusão feto-fetal, gêmeos acárdicos, crescimento intrauterino retardado isolado, hérnia diafragmática fetal, obstruções urinárias baixas e, mais recentemente, meningomielocoele. Entretanto, o meio líquido é um fator limitante para realização de cirurgias complexas, que exijam dissecação e sutura. Ademais, a imagem fornecida nesse meio tem pior qualidade que a fornecida pelo meio aéreo, além de que hemorragias podem impedir o seguimento da cirurgia, por não permitir uma visualização adequada. Outra dificuldade é a “flutuação” do feto, o qual não se mantém na posição favorável ao procedimento. Atualmente, apenas dois grupos, um alemão e outro brasileiro, realizam a cirurgia fetal endoscópica inteiramente percutânea. Conclusões: A terapia cirúrgica fetal é o procedimento de escolha para o tratamento de malformações fetais. Portanto, tendo em vista o amplo espectro desse procedimento, reforça-se a necessidade do aprimoramento e da amplificação na utilização das técnicas minimamente invasivas, uma vez que estas garantem maior segurança materna e fetal.

A CIRURGIA RECONSTRUTIVA EM PARACOCCIDIOMICOSE CUTÂNEA: RELATO DE CASO

CLAUDIO GERMANO TEODORO, GUILHERME NAPOLEAO LIRA, NYCOLLE BUENO, FERNANDA DANTAS, EDUARDO HIROSHI TIKAZAWA, RENATO FERNANDO CAZANTI, JULIANA DANTAS, IGOR YOSHIMITSU BAMBIL UJIE

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS-UFGD, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS-UFGD, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS-UFGD, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS-UFGD, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS-UNICAMP, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGA, UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA - UFPR, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS-UFGD

Cirurgia plástica

Objetivo: Relatar um caso de seqüela deformante em face causadas por paracoccidioidomicose cutânea diagnosticada e tratada por meio de cirurgias reparadoras e suas técnicas. Estudo observacional descritivo realizado a partir da coleta de dados do prontuário eletrônico do paciente durante atendimentos ambulatoriais e internações na enfermaria de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário da UFGD. **Resultados:** A paracoccidioidomicose cutânea tem elevada prevalência no Brasil, gerando potencialmente lesões que podem acarretar sequelas graves e desfigurantes, tornando imprescindível a cirurgia reparadora para reabilitação e para qualidade de vida do cidadão acometido. Desta forma, esse relato de caso se torna importante para divulgação científica sobre a importância da cirurgia reparadora em caso de doenças que cursam com lesões desfigurantes. **Conclusão:** As lesões desfigurantes por paracoccidioidomicose tem os seguintes tratamentos, medicamentoso o qual o paciente evolui para um quadro de cura e o cirúrgico que reabilita o paciente ao meio social. Não mais importante que o tratamento medicamentoso, mais fundamental na qualidade de vida do paciente é a cirurgia reconstrutora, por isso é extremamente importante associar e elucidar as técnicas utilizadas pela cirurgia plastica para complementar o tratamento.

AS BENEFÍCIOS DO USO DA LASER TERAPIA EM QUEIMADURAS

JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JUNIOR, MURYLO HENRIQUE FERREIRA DE BRITO, GABRIEL ANTONELLI, TULLIO CESAR PAIVA ARAÚJO, LUCAS PEREIRA CANEDO, JULIANO DE FARIA MENDONÇA JUNIOR

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Cirurgia plástica

Resumo: **Objetivo:** Revisar os resultados obtidos no tratamento de queimaduras utilizando laser terapêutico, pontuando os resultados obtidos e as principais técnicas utilizadas. **Métodos:** Foi realizado revisão de literatura, a partir de artigos encontrados na plataforma: SCIELO. Foram utilizados os seguintes descritores: “laser therapy”, “burn healing” e “Laser Terapia”. Os artigos encontravam-se nas línguas portuguesa e inglesa, e datavam de 2013 até 2016. **Resultado:** No Brasil, segundo dados do MS, mais de um milhão de brasileiros sofrem queimaduras todos os anos. Sendo que o maior desafio dos profissionais de saúde é a reabilitação e a reintegração do paciente na sociedade. Sendo assim, quanto melhor a eficácia do tratamento associado a maior rapidez dos resultados, melhor será a reabilitação e a reintegração. Segundo as literaturas avaliadas, constatou-se que o uso adjuvante do laser tem se mostrado eficaz para o manejo desses pacientes, posto que evidenciou-se o aumento da reparação tecidual, tão logo a proliferação celular, incluindo fibroblastos e queratinócitos. Isto tudo ocorrendo devido aos efeitos antioxidantes, que são estimulados pela enzima Superóxido Dismutase (SOD). **Conclusão:** Portanto, mesmo com o baixo número de estudos acerca do assunto, e na sua maioria terem sido estudos in vitro com a utilização de animais, concluiu-se que o laser terapêutico pode aumentar a velocidade de cicatrização e a proliferação de forma organizada. Os estudos in vivo, mesmo que poucos, reafirmaram os resultados obtidos em animais. Dessa forma, o laser pode ser um aliado poderoso nos novos tratamentos de queimaduras.

ASPECTOS BIOPSSICOSSOCIAIS EM ADOLESCENTES QUE SE SUBMETERAM À CIRURGIAS PLÁSTICAS

MATEUS LUIZ PEREIRA DE SOUZA, KAMILA SANTOS NASCIMENTO, NÚBIA GUEDES DA PAIXÃO, AMANDA SILVEIRA NEVES, MARIELLE LAMAR MARTINS BARROS BATISTA, CAROLINA RODRIGUES ADORNO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - APARECIDA DE GOIÂNIA

Cirurgia plástica

OBJETIVO: O presente estudo objetivou investigar o impacto da realização de procedimentos cirúrgicos, principalmente de cunho estético em adolescentes e as repercussões deixadas por essa decisão. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica sustentada por artigos selecionados no SciELO, Google Acadêmico e PubMed. Utilizou-se de publicações acadêmicas sobre cirurgias estéticas, adolescência, depressão e arrependimento. **RESULTADOS:** Foi identificado que parte das motivações para a procura dos procedimentos estéticos na adolescência está baseada na busca de uma identidade singular pelo indivíduo. Isso ocorre devido as oscilações de autoestima e busca intensiva pela aceitação grupal. Todavia, a banalização das cirurgias plásticas é reflexo da expansão do mercado de cosméticos e da distorção estética contemporânea. Como resultado disso, ocorre intensas tentativas de enquadramento no padrão social dominante. Segundo a Associação Americana de Cirurgia Plástica (ASPS), os principais procedimentos realizados em adolescentes são: a mamoplastia de aumento ou redutora, seguido pela lipoaspiração, rinoplastia e otoplastia. O número de cirurgias plásticas em adolescentes e jovens cresceu 141% entre 2008 e 2012. Dados demonstram que por volta de 60% das plásticas realizadas por adolescentes são de cunho estético. O julgamento estético implica em um amadurecimento precoce dos jovens. Entretanto, as constantes mudanças dessa fase podem prejudicar o correto juízo de percepção e gerar decisões equivocadas a longo prazo. Tal fato é influenciado pela atemporalidade juvenil, caracterizada por impulsividade e imediatismo das ações. A não aceitação do resultado pela paciente pode gerar quadros futuros de depressão e transtornos sociais. **CONCLUSÃO:** As intervenções, quando necessárias, podem ser justificadas se o problema enfrentado estiver causando prejuízo na vida social ou distúrbios psicológicos ao indivíduo. Mesmo assim, devem ser levantados os altos riscos imediatos inerentes à cirurgia nessa faixa etária e avaliação conjunta da indicação com o pediatra. Dentre os aspectos negativos relacionados a intervenções má sucedidas estão dores intensas, anemia, hemorragias, susceptibilidade a infecções e risco de morte.

ATUALIZAÇÕES EM CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL: UMA REVISÃO LITERÁRIA

AMANDA VIEIRA CARRIJO, CLÉZIO SILVA DE SOUZA, KHAUAN HENRIQUE DA SILVA MENDES, KEVEN MARCIANO GONÇALVES, JORDANA MORAIS DE OLIVEIRA, LARISSA FAVORETTO ALMEIDA, SARAH BEATRIZ DANTAS CARRIJO, CLÁUDIO CIRO SOUZA MEDRADO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS.

Cirurgia plástica

OBJETIVO: Revisar na literatura científica as evidências mais recentes e os efeitos biopsicossociais da cirurgia de redesignação sexual. **MÉTODO:** O estudo cursou com uma revisão de literatura na base de dados PubMed, utilizando o descritor "sexual reassignment surgery". Foi aplicado o filtro "5 years", resultando em um total de 8 artigos. **RESULTADOS:** Dentre os artigos selecionados, observou-se que quanto a reconstrução do tórax e seios na cirurgia de redesignação sexual feminino para masculino, não foi observada nenhuma morbidade durante o procedimento, nem sérias complicações e a qualidade das cicatrizes foi satisfatória pelos pacientes. No entanto, outro artigo revelou que normalmente o paciente tem uma expectativa muito alta do resultado final do procedimento e nem sempre os resultados esperados são alcançados e que outro problema consiste na presença de cicatrizes que são indesejadas pelo paciente. Quanto às técnicas, foram analisadas 4 diferentes técnicas de mastectomia, dependendo do volume das mamas, elasticidade da pele e grau de ptose. Foi revelado em outro artigo quanto à cirurgia de redesignação sexual masculino para feminino o prolapso neovaginal como complicação que leva a perda estética, perda da satisfação funcional: dos 282 operados, sendo 65 operados com 2 pontos, 8 (12,30%) tiveram prolapso, sendo 1 prolapso total. Dos 217 que receberam 4 pontos, 9 (4,14%) tiveram prolapso parcial e nenhum caso de prolapso total. Por fim, quanto ao tratamento com administração parenteral de testosterona antes da cirurgia de redesignação sexual, a histologia do endométrio revelou a presença de endométrio ativo em 10 casos e endométrio secretor em 2 casos. Miomas ou miométrio hipertrófico foram observados em 58% dos pacientes. **CONCLUSÕES:** Por meio da análise dos artigos, foi possível constatar que a cirurgia de redesignação sexual traz benefícios significativos aos pacientes transexuais, com baixos índices de insucesso técnico relatados. Contudo, o resultado final pode divergir do esperado pelo paciente, o que poderá acarretar em frustração futura. Artigos apontam para o alto índice de depressão e alguns casos de suicídio entre os jovens que optam pela cirurgia, devendo estes receber acompanhamento psicológico constante antes e após o procedimento. Isso justifica-se pelo difícil pós-operatório e dificuldade na aceitação da nova imagem corporal.

CIRURGIA DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA APÓS MASTECTOMIA EM PACIENTES COM CâNCER DE MAMA

BÁRBARA ALICE DE SOUSA GOMES, ANA ELISA DA SILVA ESPÍRITO SANTO, RAYSA DO VAL BASTOS, VITÓRIA DE SOUSA GOMES, MARINA ALEIXO DINIZ REZENDE

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA

Cirurgia plástica

OBJETIVO: Discutir a importância nos aspectos psicossociais da realização de cirurgia de reconstrução mamária imediata ou tardia em casos de mastectomia decorrente do tratamento de câncer de mama. **MÉTODO:** Foi realizado trabalho de revisão de literatura por meio de busca na base de dados Scielo utilizando os descritores reconstrução mamária e mastectomia. **RESULTADOS:** O diagnóstico de câncer de mama é um dos mais temidos pelas mulheres não só pela gravidade e prognóstico imprevisível da doença, mas também pela preocupação com a mutilação decorrente do tratamento. A realização de mastectomia como forma de tratamento ocasiona transformações dolorosas na vida das mulheres, como alterações da autoimagem e autoestima, já que a mama é um órgão simbólico de feminilidade, sexualidade e maternidade. O autoconceito também se encontra afetado em decorrência das modificações devastadoras na aparência física e função, podendo ocasionar sentimentos de vergonha, inadequação e culpa. Outra área bastante afetada por todas essas modificações é a sexualidade, não relacionada exclusivamente ao ato sexual, ela engloba uma série de outros fatores como desejo, sensualidade, sensação de bem-estar consigo mesma, aceitação do próprio corpo e identidade como mulher. Assim, a realização da cirurgia de reconstrução mamária é um importante meio para recuperar todas essas questões sendo assegurada pelas leis número 9.797/1999 e 12.802/2013. Elas garantem que todas as mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama, decorrentes do tratamento de câncer, têm direito a cirurgia plástica reconstrutiva, preferencialmente imediata. **CONCLUSÕES:** Concluiu-se que a reconstrução mamária afeta positivamente na qualidade de vida da mulher uma vez que representa a preservação da autoimagem, do senso de feminilidade e relacionamento sexual e a recuperação da autoestima e autoconfiança, proporcionando, portanto, um processo de reabilitação menos traumático. É também de grande relevância que haja apoio familiar e acompanhamento psicológico com as pacientes diagnosticadas em todos os estágios da doença. **BIBLIOGRAFIA:** 1. BRASIL. Lei número 12.802, de 24 de abril de 2013. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12802.htm. Acesso em: 05/04/2018. 2. MOURA, F.M.J.S.P. et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. Teresina/PI: 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a07>. Acesso em: 06/04/2018.

CARÊNCIA DE CENTROS DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS: ANÁLISE DA REALIDADE BRASILEIRA

MURYLO HENRIQUE FERREIRA DE BRITO, ANA CAROLINA DE SOUSA ANDRADE, JOÃO HENRIQUE MEENES XAVIER, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GABRIEL ANTONELLI, LUCAS PEREIRA CANEDO, TÚLIO CESAR PAIVA ARAÚJO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Cirurgia plástica

Objetivo: Quantificar os Centros de Tratamento de Queimados (CTQ) habilitados no Brasil e correlacioná-los com a quantidade de pacientes queimados no território nacional, que foram autorizados à internação hospitalar, no ano de 2017. **Método:** Foi consultado o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, no qual foi possível obter dados referentes à quantidade de CTQs e de seus respectivos leitos disponíveis no território nacional, ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio do Departamento de Informática do SUS, obteve-se o número de pacientes com queimaduras, que foram autorizados a serem internados, em 2017, desde pequenas queimaduras até tratamento de urgência de grandes queimados. Foram utilizados os seguintes descritores: tratamento de queimaduras corrosões e geladuras; tratamento de pequeno queimado; tratamento de médio queimado; tratamento de grande queimado e atendimento de urgência em médio e grande queimado. **Resultados:** É estimado 1 milhão de acidentes por queimaduras por ano no Brasil, destes, 100 mil procuram atendimento hospitalar e 2500 morrerão de forma direta ou indireta pelas suas lesões. Em 2017 houve 17.276 autorizações de internação hospitalar na rede pública do Sistema Único Saúde (SUS) que geraram 141.887 dias de permanência em leitos. O Ministério da Saúde habilita 45 unidades de CTQs sendo duas de Média Complexidade e 42 de Alta Complexidade. Dessas unidades há 38 CTQ com Unidades de Terapia Intensiva para queimados, totalizando 178 leitos pelo SUS. **Conclusão:** Ao analisar a quantidade estimada de acidentes por queimaduras a cada ano no Brasil, conclui-se que o problema tem alta morbidade e consequências negativas para a saúde pública com gastos elevados, permanência nos leitos por longos períodos e mortes que podem ser evitadas com educação em saúde e procura de atendimento hospitalar adequado. Diante da realidade brasileira, se faz necessário à criação de mais CTQs para uma cobertura ampliada, uma vez que permitem um atendimento integral ao paciente queimado a partir de sua equipe multiprofissional. **Bibliografia:** Cruz BF, Cordovil PBL, Batista KNM. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. Rev Bras Queimaduras. 2012;11(4):246-50. Brasil. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Departamento de Informática do SUS – Datasus [acesso 28 de janeiro de 2018]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.

CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL: INTEGRAÇÃO ENTRE CORPO E MENTE

VITÓRIA DE SOUSA GOMES, ANA ELISA DA SILVA ESPÍRITO SANTO, BÁRBARA ALICE DE SOUSA GOMES, RAYSA DO VAL BASTOS, MARINA ALEIXO DINIZ REZENDE, , ,

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA

Cirurgia plástica

OBJETIVO: Discutir a cirurgia de redesignação sexual como medida transformadora na vida do transexual sendo primordial para sua saúde mental, para o reconhecimento de seus direitos e para valorização da dignidade, liberdade e individualidade. **MÉTODO:** Foi realizada revisão de literatura por meio de busca na base de dados Scielo na qual foram adotados os descritores: cirurgia de redesignação sexual, transexualidade. **RESULTADOS:** A transexualidade pode ser definida como a incompatibilidade entre o sexo anômico e a identidade de gênero, conflito gerador, entre outros, de sofrimento psíquico e discriminação social. Nesse sentido, a cirurgia de redesignação sexual representa um procedimento auxiliador no processo de integração corpo e mente através do qual modificações corporais desempenham papel fundamental nas dimensões comportamentais, contribuindo assim, no posicionamento da identidade de gênero e no reconhecimento social da condição humana da pessoa transexual. A redesignação de sexo compreende as cirurgias de neocolpovulvoplastia e neofaloplastia além de mastectomia, mamoplastia, histerectomia entre outras. **CONCLUSÕES:** Observou-se que, no âmbito da literatura científica, ainda há poucos estudos acerca da cirurgia de redesignação de sexo na prerrogativa da pessoa transexual em detrimento de publicações que abordam unicamente os aspectos conceituais e psicológicos da transexualidade. Apesar das inovações nesse campo, principalmente de técnicas cirúrgicas, o desconhecimento dessa realidade e o preconceito ainda permanecem para a maioria da sociedade e dos profissionais de saúde o que, associado aos debates éticos e legais envolvidos em sua regulamentação, acabam limitando a ampliação de possibilidades e ações. **BIBLIOGRAFIA:** 1. GALLI, R.A. et al. Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n4/v29n4a11.pdf>. Acesso em: 6 de abril de 2018. 2. MAKSOUD, F.R.; PASSOS, X.S.; PEGORARO, R.F. Reflexões acerca do transtorno de identidade de gênero frente aos serviços de saúde: revisão bibliográfica. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000200007. Acesso em: 8 de abril de 2018. 3. SAMPAIO, L.L.P.; COELHO, M.T.A.D. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832012000300005&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 6 de abril de 2018.

CIRURGIA REPARADORA NASAL EM PACIENTES COM HANSENIASE

PAULA ANDREZA LOURES, ANA VITÓRIA CAMPOS GOMES, DESYREE RAMOS DANTAS FERREIRA, ANDREY MORAIS, PHELLIPE FABRINI
 UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA
 Cirurgia plástica

OBJETIVO: O objetivo deste é informar técnica que pode ser aplicada de maneira pontual e que abrange as complicações da hanseníase na estética nasal proporcionando uma harmonia facial e colaborando para a reinserção do paciente na sociedade.

METODOLOGIA: Google Acadêmico, Scielo e Pubmed. Os DeCS : “Hanseníase”, “cirurgia reparadora” e “reconstrução nasal”.

RESULTADOS: A infiltração do M. leprae na mucosa nasal destrói esta junto ao arcabouço ósseo e cartilaginosa, causando deformidades. Deste modo, o septo e as conchas nasais são acometidos. O nariz em sela possui base alargada, pouca projeção tanto na ponta nasal quanto no dorso e raiz, base óssea alargada, deficiência de cartilagem septal, espinha nasal anterior curta e ângulo nasolabial agudo, sendo responsável pelo estigma da doença. A solução ideal seria a restauração completa das estruturas afetadas, mas no nariz em sela causado pela hanseníase isto é limitado pela quantidade e qualidade de mucosa nasal preservada. Assim, o uso da cartilagem costal passou a ser o enxerto de escolha para a rinoplastia estrutural devido a necessidade e da quantidade de enxerto autólogo necessário para a realização da cirurgia com resultados eficazes. O planejamento pré-operatório e preciso visando uma rinoplastia estrutural, juntamente com as queixas e expectativas do paciente, permitiu que essa técnica cirúrgica demonstrasse bons resultados estéticos e funcionais a longo prazo.

CONCLUSÃO: Uma constrangedora consequência da hanseníase talvez seja desenvolvimento da deformidade em sela nasal. O plano cirúrgico de reconstrução deve ser baseado nas distorções apresentadas por cada um. A utilização de cartilagem costal contribuiu para o aperfeiçoamento e sucesso da cirurgia, permitindo aos pacientes vencerem o seu maior desafio, o preconceito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: NAVES, Marcell de Melo. Rinoplastia estrutural com cartilagem costal em pacientes de hanseníase. 2013. 81 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde em Medicina)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/12765/1/Marcell%20de%20Melo.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2018. file:///C:/Users/Andreza/Downloads/v31n3a12.pdf

MOURA, Beatriz Buzzini et al. Reconstrução nasal: análise de série de casos. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, p. 1-5, maio. 2016. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/anavi/Downloads/v31n3a12.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

DISTRIBUIÇÃO DE CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA EM HOSPITAL DE ENSINO DO DISTRITO FEDERAL

PHABIO CLAUDINO ESTRELA TERRA THEODORO, ISADORA MANZI NOVAIS, LANDWEHRNER LUCENA
 HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASILIA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA
 Cirurgia plástica

Introdução: O Câncer de Pele Não-Melanoma é a forma mais comum de câncer entre os humanos e, no final do século passado, o seu estudo passou a ser uma preocupação constante entre os pesquisadores devido a um exacerbado aumento na incidência destes tumores em todo o mundo sendo a detecção de grupos de risco prioridade para qualquer ação preventiva. Tendo em vista os altos índices de incidência, prevalência e seu aumento progressivo, faz-se necessário estudos que abordem o diagnóstico e perfil dos pacientes acometidos por tal agravo promovendo, assim, atividades de promoção de saúde, detecção precoce, tratamento imediato e prevenção.

Objetivo: Descrever a ocorrência e sítio anatômico das lesões primárias de câncer de pele não melanocíticos e caracterizar um perfil prevalente de pacientes acometidos com câncer de pele no Hospital Regional de Sobradinho (HRS).

Metodologia: Estudo transversal, retrospectivo e descritivo realizado a partir da coleta de dados secundários de 244 prontuários de todos os pacientes com diagnósticos de carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular pelo serviço Anátomo-Patológico do HRS, de junho de 2013 a junho de 2015.

Resultados: Houve predomínio de faixa etária de 60-70 anos, média de 66 anos. Principal local de acometimento se localiza na região nasal, sem especificação da lesão com Carcinoma Basocelular com margens livres.

Conclusão: Observa-se a necessidade de rastreamento de lesões nas consultas de pacientes idosos, tendo em vista a importância epidemiológica da prevenção deste tipo de câncer.

CORREÇÃO DA SÍNDROME DE POLAND COM MAMA ECTÓPICA

JOSÉ HUMBERTO CARDOSO RESENDE, RICARDO SERRATI, ROBERTO KALUF
 CBC, CBC, CBC
 Cirurgia plástica

Paciente com 18 anos, 1,60m de altura e peso: 57kg. Portadora de Síndrome de Poland, com ausência completa do músculo peitoral maior direito e músculo peitoral menor direito. Presença de mama remanescente junto à dobra axilar direita, próximo ao músculo deltoide direito. A mama ectópica com volume de aproximadamente 100ml, redonda e com presença do complexo aréolo-papilar menor do que o da mama esquerda. Foi idealizado um retalho em forma de transposição, onde a parte superior com a mama remanescente foi transportado para a parte inferior e o retalho inferior para a parte superior, como em “zetaplastias”. Após seis meses, confeccionamos um molde de gesso para ser transformado em prótese especial e colocado como preenchimento da mama e substituição do músculo peitoral maior direito. A correção da mama hipertrófica esquerda foi feita, para que ficasse o mais similar possível. A paciente teve sua autoestima elevada e deixamos programada a troca das próteses modeladas por próteses normais após 10 anos da última cirurgia.

EXCISÃO E SUTURA DE LESÃO NA PELE COM PLÁSTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO EM GOIÁS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, DIOGO TELES DE LIMA, FÁBIO FERREIRA MARQUES, GABRIELLA JAIME VIEIRA, LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA, LUÍS MÁRIO MENDES DE MEDEIROS, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL
 UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA
 Cirurgia plástica

Objetivo: Analisar as principais características relacionadas a excisão e sutura de lesão na pele com plástica em Z (zetaplastia) ou rotação de retalho em Goiás entre 2013 e 2017.

Método: Estudo epidemiológico transversal, com fonte de dados secundária. Os mesmos foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS). Os possíveis vieses encontrados estão relacionados com a incapacidade de extrair informação individuais, além das subnotificações que ocorrem nos sistemas de informação em saúde. No entanto, levando-se em conta a cobertura dos resultados, os quais se aplicam a população em geral, o mesmo encontra-se minimizado.

Resultados: Foram realizados 2705 procedimentos entre 2013 e 2017, com média anual de 541 e desvio padrão de 3,2%. A maioria das excisões e suturas de lesão na pele com plástica em Z ou rotação de retalho ocorreram sob caráter de urgência (72,7%). O regime do atendimento foi classificado como ignorado em 46% dos casos, sendo que 83,6% dos quantificados ocorreram em hospitais públicos. Foram gastos cerca de R\$ 9444982,37 nestes serviços, com uma média de R\$ 465,55 por internação. A média de permanência hospitalar foi de 3,3 dias.

Conclusão: A zetaplastia e a rotação de retalho se mostraram bastante utilizadas em Goiás, quando comparada ao encontrado na literatura. Seu maior emprego na urgência está interligado a utilização desses procedimentos em traumas no couro cabeludo. Apesar de ser um procedimento de médica complexidade, apresenta poucas complicações e um curto período de hospitalização do paciente. Vale ressaltar que os dados sobre regime do atendimento estão sob influencia do preenchimento inadequado das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs), prejudicando uma análise mais detalhada do assunto. Além disso, os sistemas de informação carecem de outros dados sobre estes procedimentos e características específicas dos mesmos. Logo, deve-se repensar em estratégias para a alimentação correta dessas fontes de informação, assim como desmembrar os dados relacionados a zetoplastia e rotação de retalho para se conhecer as características de cada um destes.

EXPANSORES TECIDUAIS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE CICATRIZES POR QUEIMADURAS

MURYLO HENRIQUE FERREIRA DE BRITO, ANA CAROLINA DE SOUSA ANDRADE, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GABRIEL ANTONELLI, LUCAS PEREIRA CANEDO, TÚLIO CESAR PAIVA ARAÚJO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Cirurgia plástica

Objetivo: Demonstrar a importância e os resultados do uso de expansores teciduais no tratamento de sequelas de queimaduras, como forma de reconstrução de tecidos. **Método:** Foi realizada avaliação de quatro pacientes submetidos à cirurgia em Hospital Universitário, no ano de 2017, que possuem sequelas extensas de cicatrizes provenientes de queimaduras. Os expansores teciduais usados nas cirurgias, possuem semelhanças de textura e de cor. **Resultados:** Em três pacientes houve expansão tecidual com adequada abrangência cicatricial, o volume da expansão atingida foi completa, configurando expansão correta. Em todos os pacientes, a existência de novas cicatrizes não ocorreram. **Conclusão:** A utilização dos expansores teciduais tem como função a melhora de cicatrizes que evoluíram regionalmente, melhorando os aspectos das lesões, ocasionando um bom prognóstico ao paciente. É um instrumento de tratamento de sequelas de queimaduras, factível, bem aceito, que necessita da participação do paciente e acompanhamento cirúrgico frequente. **Referência:** Coutinho BBA, Balbuena MB, Silva TF, Saad FT, Almeida KG, Almeida PYNG. Uso de retalhos microcirúrgicos em pacientes queimados: revisão da literatura. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(2):316-20.

O IMPASSE ENTRE ABDOMINOPLASTIA CONVENCIONAL E LIPOABDOMINOPLASTIA

SHEILA MARIA RIZZO FIGUEIRA RODRIGUES, RAFAELA VIEIRA FROTA, ALANA LAYLA BUENO PRADO, MARIANA PORTO BRITO, JORDANA CARNEIRO RODRIGUES DA CUNHA, LETÍCIA DIAS FARIA

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA

Cirurgia plástica

Objetivo: Analisar os casos de complicações entre as duas técnicas e os resultados finais no contorno corporal; **Método:** Revisão da literatura especializada, por meio da busca de artigos sobre o tema nas publicações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBPC) e nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizados os seguintes descritores: “Cirurgia Plástica”, “Abdominoplastia”, “Corpo”, “Vantagens” e “Desvantagens”. Os critérios de inclusão dos artigos foram: terem sido publicados entre os anos de 2010 e 2017, possuírem texto completo disponível on line em português e inglês e tratarem da temática de interesse para atingir o objetivo do estudo; **Resultados:** Da pesquisa especializada resultaram 19 artigos e 5 foram excluídos por não satisfazerem os critérios de inclusão após a leitura integral. Sendo assim, foram selecionados 14. Das leituras realizadas ficou claro que a diferença principal entre abdominoplastia convencional e a lipoabdominoplastia é a preservação da fásia de Scarpa na lipoabdominoplastia, a qual contém as extensões laterais da cicatriz, serve de apoio para o retalho superior, favorece a sua adesão pós-operatória, melhora a drenagem linfática pós-operatória, acelera a recuperação e diminui sangramento intra-operatório entre inúmeras vantagens. Estudos recentes têm mostrado que a técnica de lipoabdominoplastia é uma técnica segura, pois não houve incidência de complicações maior que na técnica de abdominoplastia convencional; **Conclusões:** Os índices de complicações apresentam variações entre os materiais analisados, deste modo pode-se estabelecer que a melhor técnica é aquela com a qual o cirurgião se encontra mais familiarizado e seguro de aplicar. No entanto, a lipoabdominoplastia parece estar menos relacionada com a produção de seromas e maiores complicações.

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA

INTERNAÇÕES PARA TRATAMENTO DE QUEIMADOS NA REGIÃO CENTRO-OESTE

ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO, EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA, NATHALIA AIDAR BITTAR, NATHALIA TAVARES DA SILVA, ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES, PAULO TADEU SILVA CAMPOS, ANA MARINA SILVA LIMA, MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA

UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA

Cirurgia plástica

OBJETIVO: Traçar o perfil de internações para tratamento de queimaduras na região Centro-Oeste. **MÉTODOS:** Estudo transversal de base populacional, baseado no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) do banco de dados no Ministério da Saúde (DATASUS). Foram analisadas questões referentes às internações para tratamento de pequenos, médios e grandes queimados na região Centro-Oeste, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2017, considerando as variáveis: valor médio por internação, média de permanência e número de óbitos. **RESULTADOS:** A partir dos dados obtidos, observamos que, na região e período estudados, ocorreram 722 internações para tratamento de pequenos queimados, 5975 para médios queimados e 4084 para grandes queimados. Em relação aos óbitos, foi registrado apenas 1 caso (0,13%), ocorrido em 2017, por pequena queimadura, enquanto por médias e grandes queimaduras ocorreram 38 (0,63%) e 234 (5,7%) óbitos, respectivamente. A média de permanência hospitalar foi de 3,8 dias para pequenos, 6,1 dias para médios e 11,2 dias para grandes queimados. Já no que se refere ao valor médio por internação temos R\$ 316,59 gastos para internações por pequenas queimaduras, R\$ 1209,76 para médias queimaduras e R\$ 4561,41 para grandes queimaduras. Quanto às grandes queimaduras, todas as variáveis analisadas decresceram entre 2010 e 2017, por outro lado, as mesmas variáveis, quando aplicadas as pequenas e médias queimaduras, mantiveram-se estáveis no período. **CONCLUSÕES:** Diante do exposto, fica evidente a relação direta entre extensão da queimadura, óbitos, média de internação e valor médio por internação. Por ser uma circunstância que se traduz em altos níveis de morbimortalidade e elevados gastos para o sistema de saúde brasileiro, faz-se necessário a adoção de medidas mais eficazes de prevenção, pois a maioria são acidentais e, portanto, facilmente evitáveis.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR QUEIMADURAS EM GOIÁS NO ANO DE 2017

NORBERTO MENDONÇA GARCIA FILHO, RENATO NISHIGAKI SERICAKU, AUGUSTO MONTEIRO NASCENTE BORGES, AUGUSTO MONTEIRO NASCENTE BORGES, LUIS FELIPE PIRES FONTANA, DR. RAFAEL PANISI DE CAMPOS MEIRELLES

UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN, MEDPLAST, UNIFAN

Cirurgia plástica

Objetivo: Traçar um perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por queimaduras que foram internados nos serviços públicos de saúde do Estado de Goiás no ano de 2017. **Método:** Estudo retrospectivo, transversal e descritivo de pacientes com queimaduras. A análise dos dados foi realizada, por meio de informações registradas no formulário eletrônico do DATASUS para morbidade hospitalar do SUS no Estado de Goiás, no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2017. Para obtenção desses dados, foram empregados os seguintes quesitos: número de internações no âmbito hospital de pacientes queimados, segundo o gênero, a cidade de procedência e as principais faixas etárias vítimas de queimaduras. **Resultados:** Dados da Sociedade Brasileira de Queimaduras demonstram que, ocorre um milhão de casos de queimaduras anualmente no Brasil, dos quais 200 mil são atendidos em serviços de emergência e, desses, 40 mil demandam hospitalização. Dos 1980 pacientes hospitalizados por queimaduras em Goiás que utilizaram Sistema Único de Saúde, 94% foram atendidos na Capital do Estado, Goiânia, principalmente no Pronto Socorro para Queimaduras e no Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira – Hugol. Destes pacientes, 62% eram do sexo masculino e 38% do sexo feminino. Na pesquisa por faixa etária verificou-se que 23.3% eram crianças de 0 a 14 anos, 5.7% adolescentes de 15 a 19 anos, 59.8% de 20 a 59 anos, 10.9% de mais de 60 anos de idade. Na pesquisa de morbidade hospitalar do SUS em Goiás por local de residência dos pacientes internados por queimaduras, verificou-se que 33% dos pacientes são procedentes de Goiânia, e 67% de pacientes procedentes do interior do Estado. **Conclusões:** O SUS centraliza o tratamento especializado para queimaduras em na capital do Estado. Há uma demanda reprimida de unidades especializadas de tratamento de queimaduras no interior do Estado de Goiás. É grande o número de pessoas no Estado que precisam de procedimentos reparadores e não têm recursos para arcar com os custos das cirurgias. Diante disso cabe às autoridades estaduais, junto ao Ministério da Saúde, a promoção de campanhas de educação para a prevenção contra acidentes em ambientes domésticos e acidentes laborais que possam resultar em queimaduras, associado principalmente a uma maior alocação de recursos para as áreas de tratamento de pacientes queimados e correção cirúrgica das sequelas decorrentes de queimaduras.



PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA INDUZIDA POR PRÓTESES DE MAMA: UM RELATO DE CASO

AMANDA VIEIRA CARRIJO, LARA NASCIMENTO MACHADO, PATRÍCIA KELLER RODRIGUES REZENDE, DANIEL DE OLIVEIRA ZAGO, MARCO TULIO LOPES DE SOUZA, THIAGO DE ALMEIDA VALLE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA.

Cirurgia plástica

INTRODUÇÃO: Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI) é uma doença sanguínea adquirida, em geral de etiologia desconhecida. A maioria dos casos parece relacionar-se ao aparecimento de autoanticorpos contra plaquetas. A incidência mundial é de 5-10 casos/1.000.000 pessoas/ano. Clinicamente caracteriza-se por sangramento na presença de plaquetopenia, sendo mais comum petéquias, equimoses, epistaxe, gengivorragia e menorragia. **RELATO DO CASO:** E.P.B., 45 anos, foi submetida a implante de próteses mamárias com superfície texturizada (350 ml) em posição subfascial, em 2002. Apresentou boa evolução pós operatória, sem intercorrência. Em 2008, substituiu as próteses. Evoluiu novamente sem queixa/intercorrência até a alta. Em 2016, apresentou mal estar e petéquias no corpo, quando o médico na emergência levantou hipótese diagnóstica de Zika Vírus. Medicada, as petéquias desapareceram, mas o mal estar manteve-se por 50 dias, evoluindo com astenia incapacitante. Foi internada no Hospital de Doenças Tropicais - Goiânia, onde os exames laboratoriais foram inconclusivos. Transferida para o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (HSCMGO), acompanhada pelo serviço de Hematologia, iniciou tratamento com corticoterapia sem resposta clínica/laboratorial. Optou-se por uso de imunoglobulina, também sem resposta. Após 48 dias, levantou-se hipótese diagnóstica de PTI induzida por implante de silicone em mamas. Foi solicitado parecer do serviço de Cirurgia Plástica, que realizou retirada de próteses com capsulectomia. Ao hemograma, 2 dias após cirurgia, observou-se aumento de plaquetas. Recebeu alta hospitalar, após 5 dias, em bom estado geral. Após 7 dias, paciente apresentou novamente petéquias no corpo e hemograma evidenciou plaquetopenia. Foi internada no HSCMGO, recebendo transfusão de concentrado de hemácias e plaquetas. No 5º dia de internação, apresentou melhora do estado geral e exames laboratoriais normais. Recebeu alta no dia 17.05.16 e até o momento sem queixas com hemograma normal. **CONCLUSÃO:** Após toda investigação clínica realizada pela equipe de hematologia do HSCMGO e descartadas todas as demais hipóteses diagnósticas, concluiu-se que seria um caso de PTI induzida por prótese de mama, embora os raros relatos semelhantes na literatura médica. Apesar de não se poder afirmar certamente a etiologia da PTI da paciente, as evidências levam a hipótese da prótese mamária ser a desencadeante, pois após retirada houve importante melhora clínica e laboratorial.



RECIDIVA DE SÍNDROME METABÓLICA PÓS BARIÁTRICA E SUAS COMPLICAÇÕES EM P.O: UM RELATO DE CASO

JOAQUIM LUCAS VASCONCELOS LIMA DOS SANTOS, ANDRÉ ALMEIDA BRITO, CATARINA GESTEIRA PEDREIRA

FAMENE, FAMENE, FAMENE

Cirurgia plástica

INTRODUÇÃO: Obesidade: doença crônica caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal; hoje ocupa o cargo de maior problema de saúde pública em muitos países. Classifica-se a partir do IMC e no risco de mortalidade associada. Considera-se obesidade quanto a grau I entre 30 e 34,9 kg/m², II entre 35 e 39,9 kg/m² e grau III quando ultrapassa 40 kg/m², os quais são indicativos de gastroplastia, mesmo não associados a comorbidades. A obesidade, fator de risco dislipidêmico, evolui-se com cálculos, onde 25-45% desta população apresenta-se com colelitíase. **RELATO DE CASO:** N.C.M, 36 anos, feminino, hipertensa e tabagista, em uso HCTZ 25mg, apresentou-se no HU com obesidade grau III, IMC 45,5, causada devido à aumento de 40kg durante duas gestações intercaladas há 4 anos. Mãe hipertensa com histórico recente de AVC e pai já falecido por IAM obeso. Devido indicadores básicos do escore de risco metabólico + fatores associados, já constatados exames LDL e ácido úrico alterados (145mg/dL e 6,3mg/dL), após suspensão de tabagismo, foi submetida a procedimento gastroplastico By Pass em Y de ROUX. Após 15 meses P.O, perda ponderal de 20kg (antes 118kg), paciente evolui com deficiência de vit. B12, quadro anêmico e dor em flanco superior direito, realizado USG e sinal de Murphy positivo, detectou-se colelitíase e vesícula biliar de morango: realizou-se colecistectomia. Paciente em P.O tardio de 4 anos evoluiu com excesso de pele e gordura em região meso e hipogástrica, constatando IMC 47. Por conseguinte, optou-se por novo procedimento metabólico: abdominoplastia total em âncora, cujo corte realizado em formato de dois T invertidos à linha alba, permitindo a abordagem vertical e horizontal do abdômen. **CONCLUSÃO:** A significativa perda de peso do paciente submetido a bariátrica causa grande distorção no contorno corporal, o que posteriormente, em associação ao descompasse dietético ré evolui para novo quadro tangível à desejo abdominoplástico. Torna-se imprescindível, então, a avaliação clínica e psiquiátrica criteriosa no intuito de impedir psicopatogenia associada a obesidade para conter recidiva de síndrome metabólica e complicações pós-operatórias. Por fim, estabelece-se a relação entre colelitíase, obesidade e perda de peso, e levante-se o questionamento acerca da colecistectomia já no transoperatório metabólico, sendo esta uma complicação já aguardada diante grande emagrecimento ponderal em associação à alta concentração de colesterol na bile pós primeiros meses P.O.



RELATO DE CASO: RECONSTRUÇÃO NASAL COMPLEXA PÓS QUEIMADURA ELÉTRICA GRAVE

ANA LUÍZA AGUIAR ÁVILA, THIAGO DE ALMEIDA E SILVA, LEANDRO DO COUTO AGUIAR, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV.

Cirurgia plástica

INTRODUÇÃO: Pacientes com graves sequelas de queimadura facial são um desafio à cirurgia plástica reparadora, principalmente porque as áreas doadoras estão comumente comprometidas e os resultados em sua maioria são limitados. O nariz ocupa o centro da face, tornando pequenas assimetrias e imperfeições evidentes. Essa região exige não apenas resultados estéticos, mas também funcionais, em sua reconstrução. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 35 anos, vítima de queimadura elétrica de alta tensão há 8 meses no Pará, atendido no HUGOL de Goiânia-GO. O paciente apresentava extensa área de queimadura de 2º e 3º graus, total de 33% de superfície corporal queimada, além de ser submetido a amputação transumeral do MSE. Evoluiu com sequele motora de MSD e MIF, deformidade oral com retração de lábio inferior, perda da comissura oral e perdar parcial da ponta e asa nasal direita. Foi submetido a primeiro tempo de reconstrução nasal complexa, em plano total das subunidades lesadas, em 10/04/18. Foi utilizado o restante da asa nasal direita e ponta para criação do forro nasal, incisando no limite das subunidades e rebatendo os retalhos em folha de livro. Realizou-se septoplastia com cartilagem e placa perpendicular do etmoide para reconstrução do suporte estrutural nasal. Em seguida, utilizou-se o retalho médio frontal direito (indiano) em espessura parcial nos 2 cm distais e espessura total incluindo músculo no restante, para reconstrução da cobertura nasal. Foi ainda realizado microagulhamento e lipoenxertia de cicatrizes da face para volumização e melhoria da qualidade da cicatriz. **CONCLUSÃO:** A reconstrução nasal, ao corrigir a sequele de lesão, visa à restauração da função, mantendo-se boa permeabilidade respiratória, e que a estética nasal fique mais próxima do natural, a fim de reintegrar o paciente a sociedade. O resultado está ligado ao local, tamanho e profundidade da lesão, a área doadora e as opções do cirurgião. Inicialmente, procura-se restaurar o contorno e sustentação do nariz, recriando uma arquitetura do revestimento interno, o suporte cartilaginoso e, posteriormente, a cobertura nasal, sendo as técnicas adotadas de acordo com a complexidade do defeito. Devido à confiabilidade, cor e textura da pele, o retalho médio frontal é reconhecido como melhor área doadora para cobertura nasal complexa, com seu pedículo baseado na artéria supratroclear, sendo uma técnica amplamente difundida, com baixa morbidade da área doadora e cicatrizes mais discretas.

RETALHO MÉDIO FRONTAL PARA RECONSTRUÇÃO DE DOMUS NASAL PÓS MORDIDA DE PIT BULL: UM RELATO DE CASO

JOAQUIM LUCAS VASCONCELOS LIMA DOS SANTOS, CARLO MOGNON MATIELLO, CELTO PEDRO DALLA VECCHIA JUNIOR, JORGE BINS ELY, LEANDRO SANTIAGO CEPEDA, RAFAEL GADENS

FAMENE, HU/UFSC, HU/UFSC, HU/UFSC, HU/UFSC, HU/UFSC, HU/UFSC

Cirurgia plástica

INTRODUÇÃO: O nariz, por ser uma das estruturas faciais mais proeminentes levanta complexos problemas reconstrutivos na cirurgia dermatológica, considerando que as perdas incluem estruturas extracutâneas, como músculo, cartilagem, mucosa endonasal, e eventualmente, osso. A ponta nasal é uma região muito delicada devido à elasticidade limitada da pele que a recobre, por isso, a adoção de técnica bem acurada é imprescindível. No caso abordado, utilizaram-se dois tipos de retalho cutâneo: a princípio, o retalho randomizado de Rintala e, posteriormente, o de defeitos complexos nasais: médio frontal. **RELATO DO CASO:** M.S.A., 63 anos, feminino, tabagista crônica, procedente de Florianópolis-SC, deu entrada no HU no dia 23/03/2018 após mordida de Pitbull no domus nasal e cartilagens alares. Foi manejada com sabão degermante e soro fisiológico 0,9% sobre a lesão, vacina antitetânica e antibioticoterapia com Amoxicilina e Clavulanato. Após utilização de curativos por 3 dias para redução de contagem bacteriana, no dia 26/03/2018, foi optado: realização de retalho de Rintala e pontos de reposicionamento da cartilagem alar esquerda e septal para reestruturação do defeito primário no domus. Por consistir em um retalho de avanço randomizado não baseado em artéria específica necrosou no 1º dia P.O. Após 7 dias, área da necrose já delimitada e sem infecções secundárias, fez-se o desbridamento, para, então, submetê-la à novo procedimento: retalho médio frontal, no qual eleva-se o tecido da linha média com pedículo supratrocleares; sendo a base do corte delimitada a partir da sobrancelha até a linha de implantação capilar. M.S.A permaneceu durante mais 3 dias internada com excelente viabilidade do retalho. Após 14 dias encerrou-se antibioticoterapia e recebeu alta com orientações de curativos diários, suspensão de tabagismo e marcado plano de segundo tempo cirúrgico em 30 dias para período de autonomização do retalho. **CONCLUSÃO:** O tamanho extenso de retalho com base de pedículo estreito associado a condição de tabagista crônica foi o fator preponderante indutivo da necrose em porção distal. Evidenciou-se, assim a indispensabilidade de preservação das artérias supratrocleares no transoperatório do primeiro retalho, uma vez que o médio frontal torna-se uma opção de resgate em casos de perda do fragmento previamente planejado e só é viável tendo em pauta a preservação deste pedículo sob qualquer circunstância de procedimento realizado.

TÉCNICAS DE MASTECTOMIA NA REDESIGNAÇÃO SEXUAL “FEMALE-TO-MALE”: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

SARAH BEATRIZ DANTAS CARRIJO, JORDANA MORAIS DE OLIVEIRA, LARISSA FAVORETTO ALMEIDA, CLÁUDIO CIRO SOUZA MEDRADO

PUC-GO, PUC-GO, PUC-GO, PUC-GO, PUC-GO, HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Cirurgia plástica

Objetivo: Facilitar a identificação da técnica de mastectomia mais apropriada para cada paciente na redesignação sexual, adequando às características individuais. **Método:** Foi realizada uma revisão bibliográfica a partir de 11 artigos encontrados na base de dados pubmed ao buscar o descritor “mastectomy sexual reassignment”, com o filtro “5 years”. **Resultado:** Nos diferentes artigos foram utilizados parâmetros variados para avaliar a qualidade da técnica utilizada. em relação à taxa de complicações gerais (em torno de 13% dos casos), ela é menor quanto maior a cicatriz, bem como menor mamilo e aréola redimensionada. esse conjunto de procedimentos é também mais adequado para mamas com maior grau de ptose, embora seja esteticamente preferível uma menor cicatriz. a preservação da sensibilidade mamilar também é importante, e permanece em cerca de 80% dos casos. das técnicas mais utilizadas, periareolar se mostrou mais indicada para mamas grandes, com elevado grau de ptose e pouca elasticidade da pele; circular concêntrica, para mamas menores e com menor grau de ptose e ressecção inframamária com enxerto mamilar, para uma gama mais ampla de características físicas. dentre essas, a circular concêntrica se mostrou a de maior necessidade de correções secundárias (38,5%). **Conclusão:** As técnicas utilizadas para essa cirurgia são, ainda, um campo pouco explorado. estudos analisam os procedimentos e suas adequações individuais, bem como formas de tornar seu resultado estético o mais natural possível. no entanto, há poucas técnicas desenvolvidas, que carecem de aperfeiçoamento, conquanto os pacientes sejam bem instruídos e demandam uma estética próxima à referência masculina desejada.

REVISÃO EPIDEMIOLÓGICA E LITERÁRIA SOBRE EXCIÇÃO E SUTURA COM PLÁSTICA EM Z

LARA DIAS CASTRO CAVALCANTE, LUMA GUIMARÃES DE SOUSA, BARBARA CORREIA NEVES SABINO, MATHEUS AZEVEDO ZAIBAK, JOÃO VÍTOR BORGES DE OLIVEIRA, VITOR RIBEIRO NOVAES, NATALIA FUKUCIRO PARRODE,

UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV

Cirurgia plástica

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo discutir dados da literatura científica acerca da excisão e sutura com plástica em Z na pele realizados pelo Sistema único de Saúde (SUS) do Brasil. **Métodos:** Revisão narrativa da literatura, considerando o período de Janeiro de 2016 a 2018, através das bases de dados do DATASUS e quatro artigos do banco de dados Scielo, dos doze encontrados mediante pesquisa utilizando as palavras “zetaplastia no SUS”. **Resultados:** A zetaplastia é uma técnica cirúrgica utilizada na correção de cicatrizes inestéticas. Exige anestesia local e a ferida é fechada com pontos internos e externos, que serão retirados dentro de uma a duas semanas. Este procedimento é a primeira opção de reconstrução quando não for possível o fechamento por sutura simples, evitando o uso de enxertos de pele de outros locais que podem deixar diferença de cor e textura em relação à pele ao redor da área enxertada. O objetivo principal é alongar a cicatriz produzindo uma linha quebrada, e consequentemente um relaxamento de áreas de tensão cicatricial. O princípio básico consiste em dois retalhos triangulares adjacentes, formando um Z, que são interpolados. Frequentemente esta técnica também é utilizada em queimaduras e em cicatrização de regiões como axila, fossa cubital, fossa poplíteica e pescoço. O DATASUS apresenta dados epidemiológicos que elucidam a realização de 22.197 procedimentos de excisão e reparo com sutura plástica em Z em pele com alguma patologia oncológica, sendo a região Sul responsável por 51,51% (11.434) dos casos, seguida pela Região Sudeste 34,15% (7.581), Centro-Oeste 7,49% (1.664), Nordeste 6,40% (1.441) e por último o Norte 0,34% (77). Foram registrados 17 óbitos por Unidade da Federação segundo Procedimento sendo São Paulo a região com o maior registro, 23,52% (4) dos casos, seguido por Rio Grande do Sul com 17,64% (3), Minas Gerais e Paraná com 11,76% (2) e os demais estados com 5,88% (1) dos casos. Todos os procedimentos de excisão e sutura com plástica em Z no período analisado resultaram num total de gastos para SUS de 11.458.587,49. **Conclusão:** Apesar de não haver um consenso sobre a melhor técnica a ser utilizada, a excisão com zetaplastia demonstrou-se um procedimento eficaz no reparo epitelialvisando o restabelecimento da estrutura dérmica, com a vantagem de ser uma técnica minimamente invasiva e com baixos índices de complicações.

TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE Fournier - RELATO DE CASO

STEPHANIE DA SILVA FERNANDES, NATASHA GARCIA CALDAS, REBECCA CAROLINA SILVA LINS, NIMER RATIB MEDREI, ANDRÉ ARAÚJO DE MEDEIROS SILVA, ELY JOSÉ DE AGUIAR, , HOSPITAL REGIONAL DO PARANOIA, HOSPITAL REGIONAL DO PARANOIA, HOSPITAL REGIONAL DO PARANOIA, HOSPITAL REGIONAL DO PARANOIA, HOSPITAL REGIONAL DO PARANOIA.

Cirurgia plástica

A Síndrome de Fournier (SF), é um tipo de infecção polimicrobiana ocasionada por microrganismos aeróbicos e anaeróbicos. Estes atuam em conjunto e determinam uma fascíte necrosante rápida e progressiva que acomete principalmente a região do períneo e a região genital. Afeta predominantemente o sexo masculino, com a proporção de aproximadamente 10 casos no sexo masculino por 1 no sexo feminino. A mortalidade persiste com índices variáveis, porém elevados, de mortalidade, oscilando de 40% a 67%. A terapia por pressão negativa, introduzida comercialmente após os estudos de Argenta e Morykwas em 1997, apresenta-se como um importante método adjuvante no tratamento das feridas, com a proposta principal de acelerar o processo de reparação e preparo do leito da ferida até sua cobertura definitiva por meio dos diversos métodos de reconstrução tecidual. **Relato de caso:** Paciente 30 anos, admitido na emergência com história de abscesso perianal, leucocitose não tratado. Realizado drenagem de abscesso em centro cirúrgico, sob raqui anestesia. Abscesso profundo ultrapassando linha média, sendo necessário a realização de exérese do músculo do esfíncter anal e posterior sutura com fio SEDA 2-0, realizada retirada de toda parte necrótica com bisturi frio e secreção purulenta da lesão com lavagem exaustiva da mesma com SF 0,9%, no primeiro momento realizado curativo com Carvão ativado. No 11º DIH, realizado curativo a vácuo em centro cirúrgico sob raqui anestesia, utilizada pomada de colostomia em região anal, para não haver contato das fezes com o curativo, vácuo instalado com sucesso. Paciente apresentou boa evolução pós desbridamento e curativo a vácuo, pós operatório imediato na enfermaria de cirurgia geral. Paciente mantém bom estado geral, com boa aceitação da dieta via oral, diurese e dejeções presentes, sem alterações, ferida operatória em bom aspecto sem sinais flogísticos e/ou necrose, na enfermaria de cirurgia geral. Segue internado para cuidados e troca do curativo, satisfeito com sua recuperação e resultado do tratamento. **Conclusão:** Devido a gravidade e alta taxa de mortalidade, a SF necessita de rápida intervenção, drenagem precoce ampla, antibioticoterapia de largo espectro e cuidados gerais conservadores da ferida operatória. O curativo a vácuo tem sua eficácia comprovada na literatura como forma de tratamento da SF por remover exsudato, promover a cobertura da ferida por tecido de granulação estimulando a angiogênese e reduzindo a contaminação bacteriana.

TEV EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA PLÁSTICA E PROFILAXIA ASSOCIADA AO ESCORE DE CAPRINI

KAMILA SANTOS NASCIMENTO, NÚBIA GUEDES DA PAIXÃO, MATEUS LUIZ PEREIRA DE SOUZA, AMANDA SILVEIRA NEVES, MARIELLE LAMAR MARTINS BARROS BATISTA, , ,
 UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA
 Cirurgia plástica

Objetivo: O presente estudo objetivou realizar uma revisão sobre um estudo dos riscos de TEV em pacientes que realizam cirurgia plástica e também qual a conduta profilática pré e pós-operatórios, associado com o escore Caprini. **Método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica sustentada por artigos selecionados no SciELO, Google Acadêmico e PubMed. Utilizou-se de publicações acadêmicas sobre TEV e suas possíveis profilaxias. **Resultados:** O termo tromboembolismo venoso (TEV) refere-se a várias apresentações clínicas, desde a trombose venosa profunda (TVP) ao tromboembolismo pulmonar (TEP). Segundo dados da American Society of Plastic Surgeons (ASPS) incidem aproximadamente 18.000 casos por ano de TVP em pacientes submetidos à cirurgia plástica. Pesquisa realizada pela Comissão de Lipoaspiração da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica no ano de 2015 relata as principais intercorrências ocorridas em procedimentos de lipoaspiração, sendo as principais TVP (14,77%) e embolia gordurosa (4,07%). Os dados do estudo exposto na ASPS demonstram que pacientes adultos de cirurgia plástica e reconstrutiva devem receber uma estratificação de risco de TEV no pré-operatório usando o Modelo de Avaliação de Risco de Caprini. A enoxaparina de dose profilática, no pós-operatório, reduz significativamente os eventos de TEV em 60 dias em pacientes de alto risco (escore de Caprini ≥ 7). A enoxaparina de dose profilática não está associada a taxas aumentadas de hematoma pós-operatório na população total de pacientes ou nos subgrupos de cirurgia de alto risco de mama. Para pacientes com escore de Caprini ≥ 7 os médicos também devem considerar o uso de enoxaparina no período pós-operatório. A prevenção da TVP ainda pode ser complementada com agentes mecânicos (meias de compressão e botas de compressão pneumática intermitente). **Conclusão:** Conclui-se a grande importância do médico cirurgião ter conhecimento que a enoxaparina em pacientes de alto risco é a melhor conduta para profilaxia de TEV, o qual é uma crescente incidência clínica nas cirurgias plásticas.

CIRURGIA VALVAR MITRAL MINIMAMENTE INVASIVA: ANÁLISE DE RESULTADOS

TALYSSA JUNQUEIRA ARANTES, ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETTO, JEFF CHANDLER BELÉM DE OLIVEIRA, PAULO DE TARSO DO COUTO, TÉRCIO CAMPOS LEÃO NETO, THIAGO RIBEIRO DA COSTA SOARES, RODRIGO OLIVEIRA ROSA RIBEIRO DE SOUZA, FACULDADE ALFREDO NASSER-UNIFAN, FACULDADE ALFREDO NASSER-UNIFAN, GOIÂNIA-GO, CLÍNICA DE CARDIOLOGIA SAGRADO CORAÇÃO LTDA,GOIÂNIA-GO, CLÍNICA DE CARDIOLOGIA SAGRADO CORAÇÃO LTDA,GOIÂNIA-GO,CLÍNICA DE CARDIOLOGIA SAGRADO CORAÇÃO LTDA, GOIÂNIA-GO,CLÍNICA DE CARDIOLOGIA SAGRADO CORAÇÃO LTDA,GOIÂNIA-GO
 Cirurgia torácica

Objetivo: Relatar a experiência em cirurgia valvar mitral minimamente invasiva (CVMMI) ao longo de 2 anos e analisar seus resultados relevantes. **Método:** Análise retrospectiva de 105 pacientes submetidos a CVMMI pela referida instituição em Goiânia, entre Janeiro de 2015 e Dezembro de 2016. A amostra de pacientes foi submetida a cirurgia dentro dos mesmos parâmetros que são: Toracotomia Lateral Direita utilizando-se as técnicas de clameamento com indução de cardioplegia sanguínea hipotérmica na raiz da aorta, para as primeiras cirurgias, já para as reoperações foram utilizadas fibrilação hipotérmica sem clameamento aórtico. Na determinada amostra, foram incluídos pacientes de acordo com o seguintes critérios: adultos, idade mínima de 18 anos, com IMC entre 18 e 24.9 kg/m², cirurgias eletivas e exclusiva da válvula mitral (plastia ou troca) e ambos os sexos. Foram excluídos da análise os pacientes que tinham: cirurgia de emergência, cirurgia combinada,e pacientes com IMC acima de 30 kg/m². Na análise estatística o valor de p< 0,05 foi considerado significante, quando analisados os dados pré-operatórios e intra-operatórios. A variável de interesse foi a quantidade de pacientes operados por essa técnica cirúrgica. **Resultados:** Observou-se na amostra selecionada que não houve importante sangramento perioperatório, que se refletiu em uma baixa queda da hemoglobina, a qual teve média de 31,64±4,69 mg/dl entre as mulheres e 32,06±3,23 mg/dl a média entre os homens(p=0,5987). Ademais, o tempo de extubação foi curto e em geral variou entre 2 a 24 horas, sendo a média de 6,79±5,02 horas entre as mulheres e 4,62±0,57 horas entre os homens(p=0,00382). Por fim, o tempo de terapia intensiva (UTI) e internação no pós-operatório foi reduzido uma vez que o tempo de UTI variou entre 18 a 48 horas, com frequência de 36 horas entre as mulheres e de 48 horas entre os homens , algo satisfatório, já que na cirurgia convencional ocorre de 48 a 72 horas, e o tempo de internação variou entre 3 à 5 dias, com frequência de 4 dias para ambos os sexos. **Conclusões:** Os achados indicam que a cirurgia valvar mitral videoassistida é segura e eficaz, com altos índices de reparo, baixo tempo de internação e excelentes resultados, devido a redução do trauma cirúrgico.

ATRESIA DE ESÔFAGO COM FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA DISTAL

DANIEL FERREIRA DE PAULA MORAES, BRUNO CATUGY PEREIRA, LUCAS RODRIGUES DOS REIS, KAIO CÉSAR MARTINS SILVA, TÚLIO HENRIQUE REZENDE VARGAS
 CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGELICA
 Cirurgia torácica

Atresia de esôfago com Fístula Traqueoesofágica

A atresia de esôfago (AE) é uma malformação marcada pela descontinuidade do esôfago, onde a parte proximal termina em fundo cego, podendo ou não ter comunicação com a traquéia. O diagnóstico pode ser realizado no pré natal ou pós natal. Relata-se um caso de atresia de esôfago, diagnosticado no pós natal, sem suspeita de malformação no acompanhamento pré-natal, que apresentou quadro de desconforto respiratório nas primeiras horas de vida e foi encaminhado para a UTI neonatal com quadro de insuficiência respiratória. A clínica do paciente associada aos exames de imagem permitiram o diagnóstico e houve indicação à correção cirúrgica. O objetivo do relato é chamar a atenção para a importância do diagnóstico precoce quando não realizado no período pré natal, propiciando o tratamento cirúrgico adequado. Ressalta-se a importância da rotina de passagem de sonda nasogástrica na sala de parto, objetivando testar a permeabilidade das narinas e do esôfago, além da aspiração de conteúdo gástrico. A interrupção da progressão da sonda é forte indicação de diagnóstico de atresia de esôfago. Devido aos avanços de tratamento e de cirurgias, o sucesso terapêutico revela-se positivo quando instituído precocemente propiciando redução de comorbidades e mortalidade. Este estudo foi desenvolvido em um hospital privado na cidade de Anápolis/GO, a partir de revisão de prontuário resgatado no serviço de arquivos médicos do hospital. O embasamento teórico foi selecionado nos bancos de dados SCIELO e Pubmed usando-se os descritores “Atresia”, “Atresia de Esôfago”, “Recém-nascido”. Os critérios de seleção foram relevância, atualidade e publicação em revistas renomadas. Por se tratar de uma afecção congênita grave, é recomendado que se faça o diagnóstico pre-natal para estabelecimento de melhor prognóstico. **Palavras-chave:** Atresia esofágica, fístula traqueoesofágica, malformação.

CORREÇÃO CIRÚRGICA DA SÍNDROME DO CORAÇÃO ESQUERDO HIPOPLÁSICO, PRIMEIRO ESTÁGIO.

CARLOS HIURY HOLANDA SILVA, STANLEY SILVANO SOUSA, ALEKSANDER DOBRIANSKYJ, RAILDA ELIAS DE LIMA RAPOSO, CLÉZIO SILVA DE SOUZA, MATHEUS DE OLIVEIRA CARDOSO, LUCAS FERNANDO SOUZA PEREIRA, SARAH BEATRIZ DANTAS CARRIJO
 PUC-GO, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, PUC-GO,PUC-GO, PUC-GO, PUC-GO
 Cirurgia torácica

INTRODUÇÃO: A síndrome do coração esquerdo hipoplásico (SCEH) envolve malformações como hipodesenvolvimento acentuado do complexo coração esquerdo e aorta, bem como cavidade e massa ventricular esquerda. As alterações prejudicam o débito cardíaco e a perfusão sistêmica pelo coração esquerdo, levando à mortalidade por insuficiência coronária pós-operatória. Sua correção é, atualmente, feita por procedimentos híbridos ou por cirurgia com a técnica de Norwood, como no presente caso. **RELATO DE CASO:** Recém-nascido, feminino, pesando 3 kg. Diagnosticada com SCEH, foi encaminhada ao Hospital da Criança de Goiânia após o nascimento, onde foi confirmado o diagnóstico. O ecodopplercardiograma mostrava valva mitral atrésica, comunicação interatrial (CIA), ventrículo esquerdo hipoplásico, presença de grande canal arterial e hipoplasia acentuada da aorta ascendente (3 mm de diâmetro). Foi encaminhada para cirurgia no quinto dia de vida usando a técnica de Norwood. Realizada esternotomia mediana, instalação do circuito de circulação extracorpórea, com perfusão sistêmica pelo canal arterial e tronco braquiocéfálico. Hipotermia profunda (22°C) e perfusão cerebral seletiva. Ampliação da CIA, ressecção do canal arterial, reconstrução do arco aórtico utilizando pericárdio autólogo fixado em glutaraldeído. Secção da aorta ascendente hipoplásica e implante dos óstios coronarianos no tronco pulmonar (neo-aorta). Finalizado com uma anastomose sistêmica-pulmonar. No pós-operatório (PO) imediato foram utilizadas milrinona e adrenalina para manter a hemodinâmica e equilíbrio entre as circulações sistêmica e pulmonar (ventrículo único), mantido então em acidose respiratória permissiva, com baixa fração de oxigênio inspirado. A saturação parcial de O₂ ficou entre 72 e 85% sendo extubada no 5º dia do PO. Recebeu alta da UTI no 11º dia PO. **CONCLUSÃO:** A SCEH constitui-se na mais desafiadora doença cardíaca neonatal, com mortalidade de 90% no primeiro mês de vida, se não abordada cirurgicamente. Apesar de a operação de Norwood ter sido descrita há mais de trinta anos, a mortalidade cirúrgica dessa anomalia ainda se mantém elevada. É uma das cardiopatias corrigidas cirurgicamente que mais requer cuidados no pós-operatório imediato. Além do resultado cirúrgico satisfatório, o aprimoramento da equipe de pós-operatório tem sido fundamental na correção cirúrgica da SCEH.

DEMONSTRAÇÃO DE DADOS COLHIDOS POR UM SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA NA CIDADE DE GOIÂNIA ENTRE 2016-2017 SOBRE TROCA VALVAR AÓRTICA.

ANA CAROLINNE ALVES MARIANO, DOUGLAS SANTOS SOARES, MATEUS PAULUS RIBEIRO DE MORAIS, ISABELA ASSIS CAMPOS

FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER.

Cirurgia torácica

Objetivos: Analisar estudos sobre valvulopatias e seu tratamento cirúrgico, os avanços do Brasil nesta área e expor dados de cirurgias de troca valvar aórtica realizados em Goiânia entre 2016-2017. Métodos: Realizou-se levantamento de dados fornecidos pela equipe CIRUCOR, em Goiânia, sobre cirurgias de troca valvar aórtica, entre Abril/2016 a Abril/2017, nos hospitais: Hospital da Criança, Hospital Ruy Azevedo, Hospital Santa Genoveva e Hospital Anis Rassi. Para revisão bibliográfica e discussão, estabeleceu-se como Palavras-Chave os termos: valva aórtica; cirurgia; estenose aórtica; insuficiência aórtica; válvulas mecânicas. As bases de dados consultadas foram: SciELO, PubMed e MEDLINE, selecionando-se artigos relacionados ao tema publicados a partir de 2000. Resultados: As doenças valvares subdividem-se em insuficiência e estenose. Através dos dados da equipe CIRUCOR, que atendeu 168 pacientes entre abril de 2016 a abril de 2017, a lesão por estenose acometeu 36% dos casos; já as insuficiências corresponderam a 54% dos casos. A troca valvar aórtica é o procedimento cirúrgico padrão indicado para doença valvar sintomática. A cirurgia é feita com auxílio de circulação extracorpórea e podem ser utilizadas próteses biológicas ou mecânicas. Dentre os procedimentos cirúrgicos realizados pela CIRUCOR, a substituição valvar com próteses mecânicas totalizou 18%; e com próteses biológicas 82%. A referida equipe obteve sucesso no primeiro procedimento cirúrgico em 84% dos casos, e 16% necessitaram reoperação. Conclusões: Os avanços tecnológicos têm possibilitado maior sobrevida de pacientes com valvulopatias. O aperfeiçoamento terapêutico com substituição da válvula aórtica por próteses mecânicas ou biológicas, trouxe benefícios aos pacientes com insuficiência e/ou estenose aórtica, porém há necessidade de individualizar a escolha dos elementos cirúrgicos, para proporcionar tratamento eficaz e oportuno, prevenindo complicações. Existem poucos estudos brasileiros comparativos entre os tipos de próteses, ou que descrevem a influência das comorbidades no desfecho pós-cirúrgico a longo prazo.

PNEUMOTÓRAX CATAMENIAL: UM RELATO DE CASO

RAYANE CARNEIRO DE AMORIM, ISADORA COELHO MATOS, LARISSA AMORIM SILVA, CONJETO LUIZ DA SILVA NETO, FERNANDO FERREIRA RIOS, NORRARA AMANDA TELES MARTINS, ROBSON DE BRITO OLIVEIRA, FABIANO ALVES SQUEFF

UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA

Cirurgia torácica

Introdução: O pneumotórax catamenial é uma das manifestações clínicas emergenciais mais comuns de endometriose torácica. É um tipo pouco comum de pneumotórax espontâneo no qual há acúmulo de ar na cavidade torácica entre 48 a 72 horas antes da menstruação. É uma entidade rara, que afeta 2 a 30% das mulheres, e deve ser analisado em mulheres em uso de reposição hormonal ou em idade reprodutiva. Vários relatos de casos foram publicados, provando assim um melhor reconhecimento da doença e um crescente interesse pela comunidade médica. A fisiopatologia ainda permanece incerta, havendo hipóteses ou modelos para explicá-la. A primeira delas considera o aumento de prostaglandina F2 durante a menstruação que leva ao broncoespasmo e a ruptura das pequenas vias aéreas. Outra hipótese tem como base a perda do tampão mucoso cervical com consequente comunicação da cavidade peritoneal com o meio externo. O modelo metastático propõe a migração do tecido endometrial pela cavidade peritoneal até o espaço pleural via linfática e hematogênica. Ainda existe outra hipótese, em que o tecido endometrial é depositado na cavidade torácica, durante o desenvolvimento embriológico. Foi realizada uma revisão de prontuário, entrevista e análise de exames realizados durante tempo de internação do paciente do relato. Foi realizado, também, revisão bibliográfica como base teórica fundamental para realização das devidas observações sobre o caso estudado. Relato de Caso: Paciente sexo feminino, 43 anos, portadora de endometriose, apresentou cinco episódios de pneumotórax espontâneo nos quais todos tinham relação com o ciclo menstrual, sendo que em dois foram necessários a drenagem do tórax. Na última internação a paciente apresentava-se dispneia à admissão, radiografia de tórax demonstrava pneumotórax e tomografia computadorizada não mostrava lesões ou bolhas, sendo indicada videotoracoscopia. O achado foi de lesões com fenestras em diafragma à direita. Foi, então, indicada a frenorrafia, pleurodese com talco e drenagem de tórax. Paciente apresentou boa resposta, expansão pulmonar satisfatória, recebendo alta no terceiro dias após a cirurgia, sendo encaminhada para ambulatório de ginecologia. Conclusão: A partir do caso clínico vemos a importância da investigação de pneumotórax catamenial em mulheres em idade fértil com pneumotórax espontâneo de repetição.

MEDIASTINITE DESCENDENTE NECROTIZANTE PÓS ABSCESSO DENTÁRIO: RELATO DE CASO

RAYSSA MACHADO MARQUES, LARA MARQUES BARRETO, LUIZA FERREIRA ROCHA, MARIA CAROLINA MARINHO FURTADO, TERUMY BATISTA DA SILVA, CONJETO LUIZ DA SILVA NETO, FABIANO ALVES SQUEFF

UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA

Cirurgia torácica

Introdução: A mediastinite descendente necrotizante (MDN) é uma condição rara e grave ocasionada por um processo infeccioso oriundo da região de cabeça e pescoço, que dissemina por contigüidade ao tecido conjuntivo adjacente às estruturas mediastinais, sendo seu principal foco o abscesso de origem odontogênica. Atinge normalmente homens com idade média de 40 anos, com mortalidade de 40%. O paciente pode apresentar dor torácica, disfagia, aumento do volume cervical, trismo, dispnéia e enfisema subcutâneo. Os critérios diagnósticos são: sinais de infecção aguda severa, tais como febre, taquicardia, taquipnéia às custas de infecções aguda de cavidade oral e de orofaringe que evoluem sem melhora clínica, associado a achados radiológicos. Na radiografia (RX) torácica, há aumento do espaço retrovisceral com ou sem nível hidroaéreo, desvio anterior da traquéia, enfisema mediastinal e aumento do mediastino superior. Já na tomografia computadorizada (TC) de tórax, considerada padrão ouro, podem ser encontrados hiperatenuação da gordura mediastinal, níveis hidroaéreos pleurais e derrame pericárdico, espessamento esofágico e aumento de linfonodos. O tratamento é realizado com antibioticoterapia de amplo espectro, drenagem das coleções cervical e mediastinal, debridamento e excisão do tecido necrótico. Relato de caso: Paciente de 50 anos, masculino, admitido no hospital com quadro de celulite cervical associada à dor em arcada dentária inferior esquerda e febre. A equipe de BucoMaxiloFacial identificou abscesso dentário e realizou TC de pescoço sendo evidenciado vários abscessos em fâscias cervicais superficiais e profundas. Realizaram drenagem cervical com dreno de penrose. No 3º dia de drenagem o paciente evoluiu com piora da dispnéia, aumento do edema e da celulite cervical e febre persistente, sendo encaminhado a UTI. Realizou RX de tórax que demonstrou alargamento do mediastino superior e TC que demonstrou coleção em mediastino superior e posterior. Indicado cervicotomia bilateral e toracotomia para drenagem de abscesso cervical e mediastinal e desbridamento de tecidos desvitalizados, seguido de traqueostomia. Paciente recebeu alta no PO 20 de tratamento cirúrgico. Evolução pós-operatória satisfatória. Conclusão: Mediastinite aguda é uma doença grave, de difícil diagnóstico. O tratamento cirúrgico deve ser imediato e amplo, no sentido de drenar e abordar todos os abscessos. Portanto, torna-se imprescindível a suspeita clínica precoce e abordagem multidisciplinar.

TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL FECHADA: O PRINCIPAL PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA DA CIRURGIA TORÁCICA EM GOIÁS NO PERÍODO DE 2008 A 2016

HUMBERTO DE SOUSA PIRES FILHO, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GUSTAVO MENDES ADRIANO, MATHEUS BORGES GUIMARÃES, PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA ALCANTARA PANIAGO, ALEXIS MELGAREJO MAINARDI, ERNANE ARANTES XAVIER, BÁRBARA GRASSMANN REIS

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA

Objetivos: Analisar o principal procedimento de urgência realizado na cirurgia torácica em Goiás no período de 2008 a 2016. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo referente aos procedimentos ambulatoriais na cirurgia torácica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Goiás, entre 2008 e 2016. A seleção da amostra foi realizada a partir da plataforma de Informações de Saúde (TABNET) na subcategoria Produção Hospitalar (SIH/SUS), com a opção: Dados consolidados AIH (RD), por local de internação, a partir de 2008. **Resultados:** Entre 2008 a 2016 foram registrados 13.786 procedimentos na cirurgia torácica, destes, 10.576 (76,71%) referem-se à toracostomia por drenagem pleural fechada (TDPF). Detectou-se em 2008 a realização de 773 TDPF, enquanto em 2016 o total foi de 1.397, apresentando um aumento em 80,72%. Em relação ao número de óbitos, foram registrados 1.099, observou-se um aumento de 102% no número de óbitos entre o mesmo período. Quanto ao caráter de atendimento 96% foram de urgência e 2,3% eletivos. **Conclusão:** O atendimento de urgência e emergência tem se tornado cada vez mais expressivo em Goiás, o que pode estar relacionado com o aumento dos índices de violência, imprudência no trânsito e doenças pleurais, os quais desencadeiam um desequilíbrio da homeostase ventilatória. Logo, faz-se necessária a investigação das possíveis causas do aumento do número de TDPF para assim traçar metas de minimização de danos, como: promoção de medidas sociais no combate à violência; diagnóstico precoce de doenças pleurais e suas complicações; e a oferta de um atendimento rápido e especializado em prestar os primeiros socorros na tentativa de reduzir os danos à saúde do paciente politraumatizado.

TORACOTOMIA ÂNTERO-LATERAL PARA CORREÇÃO DA SÍNDROME DE CIMITARRA: UM RELATO DE CASO

LARISSA DE CASTRO MONTEIRO, AMANDA VIEIRA CARRIJO, CAMILLA SILVA ARAÚJO, CARLA LIZ BARBOSA SILVA, CRISTIANO DE SOUZA SOARES, RAILDA ELIAS DE LIMA RAPOSO, ALEKSANDER DOBRIANSKYJ, STANLEY SILVANO SOUSA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Cimitarra (SC) é uma rara anomalia congênita pulmonar em que há a presença de uma drenagem venosa anômala do pulmão direito para a veia cava inferior (VCI). A SC é caracterizada por hipoplasia do pulmão direito e da artéria pulmonar, presença de circulação sistêmica colateral anormal, desde a aorta descendente até a base do pulmão direito e malformações do segmento brônquico. Sua incidência é de 1 a 3 por 100000 nascidos vivos, constitui 0,5-2% das doenças cardíacas congênitas e 3-5% dos casos de retorno anormal das veias pulmonares. Nesse contexto, o presente trabalho relata um caso de SC abordado cirurgicamente por toracotomia ântero-lateral direita. **RELATO DE CASO:** Paciente de 35 anos, masculino, com diagnóstico de SC, em acompanhamento clínico cardiológico, foi indicado a cirurgia por piora clínica. A radiografia de tórax em PA revelava imagem convexa paracardiaca direita e tronco da artéria pulmonar abaulado. O eletrocardiograma era normal, e o ecocardiograma mostrava septo interatrial íntegro e moderada sobrecarga volumétrica das cavidades direitas e fluxo sanguíneo aumentado da VCI com imagem sugestiva de drenagem anômala das veias pulmonares direitas para a VCI, na altura do diafragma. O diagnóstico foi confirmado com angiotomografia com reconstrução 3D. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e intubação endobrônquica com tubo duplo lúmen para ventilação seletiva para pulmão esquerdo. Realizado toracotomia ântero-lateral direita no 5º espaço intercostal, debridamento das aderências pulmonares e isolamento da confluência das veias pulmonares inserida na VCI. Foi instalado circuito de extra-corpórea e perfusão com normotermia. A veia pulmonar foi seccionada e anastomosada diretamente no átrio esquerdo (AE). Saída de perfusão e drenagem do tórax. O paciente evoluiu bem no pós-operatório. **CONCLUSÃO:** Atualmente, sugere-se duas maneiras de correção da SC: implantação da veia pulmonar anômala diretamente no AE, ou por um redirecionamento do fluxo da veia pulmonar para o AE através de um túnel. O diagnóstico pode ser aventado por radiografia de tórax, mas deve ser confirmado com outros exames complementares. A conduta terapêutica é complexa e deve ser planejada de acordo com sintomas clínicos e anomalias associadas. Nesse caso relatado foi possível a correção fisiológica com a anastomose da veia de drenagem no átrio esquerdo e o paciente apresentou boa evolução no pós-operatório.

TORACOTOMIA PARA CÂNCER DE PULMÃO, DIFICULDADES TÉCNICAS: UM RELATO DE CASO

RENATO SOUZA LUZ PEDROZA, LUCAS RASSI GARCIA, LUÍS MÁRIO MENDES DE MEDEIROS, CONJETO LUIZ DA SILVA NETO, FERNANDO FERREIRA RIOS, NORRARA AMANDA TELES MARTINS, ROBSON DE BRITO OLIVEIRA, FABIANO ALVES SQUEFF

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS-UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS-UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS-UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS-UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS-UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS-UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS-UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS-UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS-UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS-UNIEVANGÉLICA

INTRODUÇÃO: O câncer de pulmão é um problema de saúde pública mundial e constitui o tipo mais comum das neoplasias. Está entre as enfermidades com menor taxa de cura, devido à dificuldade para o estabelecimento do diagnóstico precoce. No Brasil, é o segundo câncer mais comum no sexo masculino e o quarto, no feminino. A incidência para esse tipo de neoplasia é de quase o dobro em homens do que em mulheres. O principal fator de risco associado a essa enfermidade é o tabagismo. A cirurgia apesar de ser curativa beneficia uma minoria de pacientes. Isso porque, geralmente o diagnóstico é feito tardiamente e as condições clínicas não favorecem esse tipo de intervenção. **RELATO DE CASO:** Paciente I.P.S, 60 anos, sexo feminino, tabagista apresenta opacidade pulmonar em lobo superior esquerdo, persistente após tratamento de pneumonia sugerindo neoplasia, em tomografia de tórax. Foi realizado uma broncoscopia diagnóstica com biópsia, cujo o resultado demonstrou carcinoma de pulmão não pequenas células (bronquiolo-alveolar). Complementado o estadiamento com cintilografia óssea, tomografia de crânio e abdome total com resultados negativos. Optado por não realização de mediastinoscopia, pois não havia linfonodomegalia mediastinal. Diante dos achados foi indicado o tratamento cirúrgico com a programação de lobectomia superior esquerda. Durante o ato operatório foi verificado que havia invasão tumoral do tronco arterial basilar do lobo inferior esquerdo, sendo realizado; então, uma pneumonectomia esquerda, uma vez que a condição hemodinâmica e respiratória da paciente permitiam. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós operatório, recebendo alta hospitalar no quarto dia. Resultado do anatopatológico demonstrou uma lesão de 6,6x4,5x4,0 cm compatível com carcinoma pulmonar do tipo bronquiolo-alveolar com margens cirúrgicas livres e ausência de metástases em linfonodos hilares. Estadiamento T2bN0M0 (IIA). Paciente será acompanhado em ambulatório, com equipe de oncologia clínica. **CONCLUSÃO:** A cura do câncer de pulmão dificilmente é obtida através do tratamento cirúrgico. Isso porque, é uma doença agressiva de difícil diagnóstico precoce. Além disso, é uma enfermidade que depende muito da condição de saúde do doente. É imperativo afirmar que em todo paciente com pneumonia de repetição o diagnóstico diferencial de câncer de pulmão deva ser incluso.

TORACOTOMIA PARA RETIRADA DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LONGA PERMANÊNCIA EM PACIENTE COM ENDOCARDITE INFECCIOSA

CAMILLA SILVA ARAÚJO, CARLA LIZ BARBOSA SILVA, LARISSA DE CASTRO MONTEIRO, AMANDA VIEIRA CARRIJO, THATYANA SIQUEIRA GONÇALVES, RAILDA ELIAS DE LIMA RAPOSO, ALEKSANDER DOBRIANSKYJ, STANLEY SILVANO SOUSA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA

INTRODUÇÃO: A endocardite infecciosa (EI) consiste na infecção do endotélio cardiovascular e a vegetação é a lesão típica desse quadro. Acomete mais comumente as valvas cardíacas e ocorre em cerca de 2 a 20 indivíduos para cada 100 mil habitantes, sendo a maioria homens maiores de 50 anos. Devido as diferentes portas de entrada, os patógenos envolvidos variam de acordo com os tipos clínicos de endocardite. O presente trabalho relata um caso EI relacionado ao implante de cateter venoso central de longa permanência (CVCLP). **RELATO DE CASO:** Paciente de 10 anos, masculino, portador de anemia falciforme admitido com crise algica em região de quadril e evoluiu com quadro de febre. Paciente possuía port-a-cath implantado em dezembro de 2015 para transfusão sanguínea. O Ecocardiograma evidenciou cateter no interior do átrio direito apresentando na sua extremidade massa heterogênea sugestiva de trombo sem acometimento da valva tricúspide. Realizou antibioticoterapia de amplo espectro e anticoagulação sem redução do trombo. A massa aumentou de tamanho e após discussão do caso foi indicado a retirada cirúrgica do port-a-cath. O paciente foi transferido para o Hospital da Criança de Goiânia onde foi realizada a cirurgia sob anestesia geral, esternotomia mediana, instalação do circuito de extra-corpórea, perfusão com normotermia. Realizado uma atriectomia direita e exérese do cateter que se encontrava envolto por fibrina e trombo de 2,0 x 1,0 cm em extremidade distal. Após o fechamento do tórax foi retirado o dispositivo do port-a-cath que estava implantado junto ao sulco delto-peitoral direito. O paciente evoluiu bem no pós-operatório. **DISCUSSÃO:** A EI do lado direito do coração é responsável por menos de 10% dos casos de endocardite infecciosa e 90% delas envolve a valva tricúspide. Está fortemente associada ao uso de drogas intravenosas, embora os eletrodos de marca-passo, os eletrodos de desfibrilação, o acesso vascular para diálise e CVCLP também sejam fatores de risco. O Staphylococcus aureus é o organismo causador predominante. A maioria dos pacientes com EI do coração direito é tratada com sucesso com antibióticos, no entanto 5-16% dos casos eventualmente requerem intervenção cirúrgica. A cirurgia é considerada por falha na terapia medicamentosa, grandes vegetações e embolia pulmonar séptica, insuficiência tricúspide e insuficiência cardíaca. A intervenção cirúrgica foi bem indicada visto que o tamanho do trombo impossibilitava a retirada por tração do cateter.

TRATAMENTO INTERVENCONISTA NA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA

DOUGLAS SANTOS SOARES, ANA CAROLINNE ALVES MARIANO, ISABELA ASSIS CAMPOS,
MARÍLIA BITTENCOURT GABRIEL
FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO
NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER
Cirurgia torácica

Objetivos: Analisar estudos sobre a terapêutica intervencionista na doença obstrutiva crônica periférica e os avanços tecnológicos nesta área frente a terapia endovascular e a cirurgia de revascularização, além de suas indicações.

Método: Este estudo constitui-se de uma revisão da literatura especializada onde estabeleceu-se **Palavras-Chave:** doença arterial periférica; terapia endovascular; cirurgia de revascularização; tratamento intervencionista. As bases de dados consultadas foram: SciELO, PubMed e MEDLINE, selecionando-se artigos relacionados ao tema publicados a partir de 2000. **Resultados:** A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) ou Doença Arterial Periférica (DAP) é resultante de fenômenos ateroscleróticos sistêmicos, que geram obstruções arteriais e está associada a alto risco de morbimortalidade cardiovascular, tendo como características a oclusão ou semioclusão de um ou mais segmentos arteriais que irrigam os membros inferiores. O tratamento intervencionista está indicado em pacientes com sintomas incapacitantes, intensos e progressivos, além daqueles com isquemia em repouso, logo, este pode ser realizado por terapia endovascular – através da angioplastia transluminal percutânea (ATP), seguida ou não por colocação de stent; ou por cirurgia de revascularização – dependentemente da localização da oclusão (doença artioilíaca: através de by-pass artobifemoral empregando enxerto de Dacron, by-pass axilofemoral, by-pass fêmoro-femoral ou endarterectomia artioilíaca; doença femoropoplíteia: by-pass femoropoplíteo com enxerto de veia safena ou enxerto de politetrafluoroetileno; na presença de lesões tibiais e fibulares, estas são tratadas com reconstruções tibiofibulares que empregam a veia safena para a realização do by-pass). **Conclusões:** O tratamento intervencionista da doença arterial periférica através da terapia endovascular ou da cirurgia de revascularização, com suas indicações individuais frente a individualidade cada paciente mostra-se eficaz e altamente necessárias, pois em alguns casos estas formas de reconstrução são o único tratamento que podem salvar o membro criticamente isquêmico. Portanto, os avanços tecnológicos nesta área têm possibilitado maior sobrevida dos pacientes portadores de DAOP.

COMPLICAÇÃO DE FAV - PSEUDOANEURISMA ROTO DE ARTÉRIA BRAQUIAL, COM REVASCULARIZAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR POR ANASTOMOSE COM ENXERTO AUTÓLOGO INVERTIDO.

ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR, MAYKON BRESKANSCIN OLIVEIRA, CAMILA MONTEIRO ROCHA
UNITPAC, HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, UNITPAC
Cirurgia vascular

Introdução:A fístula arteriovenosa é uma anastomose realizada entre uma artéria, geralmente de baixo calibre, e uma veia superficial e de similar tamanho, com o objetivo de gerar uma dilatação nesta com um fluxo suficiente para à realização de hemodiálise em pacientes portadores de doença renal crônica. A técnica possui algumas complicações e o pseudoaneurisma, apesar de não ser comum é uma delas. **Relato de caso:** Paciente, doente renal crônico de longa data, deu entrada no Hospital Regional de Araguaína para realização de uma cirurgia eletiva de confecção de fístula arteriovenosa (FAV) em membro superior esquerdo. Durante o procedimento foram identificadas a artéria braquial e a veia basilíca é realizado a confecção da FAV, procedimento cirúrgico finalizado sem intercorrências, recebendo alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório(DPO) com a FAV funcionante, frêmito presente, ausência de edema ou sinais flogísticos. Paciente retorna no 14º DPO, com quadro de dor no local da ferida operatório, sem sinais de melhora com analgesia e concomitante a isto, o aparecimento de pulsação e equimose local com aumento significante nas últimas 24h. Paciente foi submetida a novo procedimento cirurgia para fechamento de FAV. Durante ato cirúrgico foi visualizado a presença de pseudoaneurisma roto no local da anastomose da FAV ,mesmo provocado pela deiscência do fio de sutura da anastomose e lesão em FAV braquio-cefálica não funcionante prévia. Optou-se desse modo por uma cirurgia de revascularização do membro com enxerto autólogo de veia basilíca invertida. Seccionou-se então a área de aproximadamente 3cm da artéria braquial onde encontrava-se a lesão e foi realizado anastomose braquio-braquial com enxerto autólogo invertido. Paciente evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta hospitalar no 3ºDPO e encaminhada ao ambulatório de cirurgia vascular para o acompanhamento. **Conclusão:** Apesar de não ser uma complicação comum,o pseudoaneurisma em FAV pode ser provocado devido a falha na técnica aplicada, ou ainda por conta da má qualidade e/ou seleção errada do material utilizado em sua confecção. Porém é possível reverter o quadro realizando uma revascularização do membro, sendo deste modo capaz de manter o membro da paciente viável.



CORREÇÃO CIRÚRGICA DE TRANSPOSIÇÃO DE GRANDES ARTÉRIAS (TGA) ATRAVÉS DA TÉCNICA DE JATENE – A IMPORTÂNCIA DO ECOCARDIOGRAMA FETAL

THATYANA SIQUEIRA GONÇALVES, CRISTIANO DE SOUZA SOARES, PEDRO PAULO CLARK DE OLIVEIRA, AMANDA VIEIRA CARRIJO, RAILDA ELIAS DE LIMA RAPOSO, ALEKSANDER DOBRIANSKY, STANLEY SILVANO SOUSA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA E PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Cirurgia vascular

Introdução: A transposição das grandes artérias (TGA), ou conexão ventrículo arterial discordante, é a doença cardíaca congênita cianótica mais frequente diagnosticada em recém-nascidos. Nessa anomalia, a aorta e o tronco pulmonar surgem totalmente ou em grande parte do ventrículo direito e do ventrículo esquerdo, respectivamente. A técnica de troca arterial, consagrada por Jatene, é a conduzida de escolha para TGA e a realização do ecocardiograma fetal no pré-natal é importante nesses casos. Relato de Caso: RN, 2.4 kg, masculino, nascido a termo, natural de Caldas Novas – GO, retornou ao pronto atendimento da região com a mãe relatando que o filho ficava roxo e cansado durante as mamadas. Realizado o ecocardiograma, diagnosticou-se TGA com septo interventricular íntegro, presença de pequena comunicação interatrial (CIA) e persistência do canal arterial. Foi encaminhado para o Hospital da Criança em Goiânia para intervenção cirúrgica. Realizaram-se exames pré-operatórios e introduziu prostaglandina endovenosa para manutenção do canal arterial pérvio. Foi proposta a operação de Jatene para restabelecer a anatomia normal. A cirurgia foi realizada aos 11 dias de vida sob anestesia geral balanceada, esternotomia mediana, instalação do circuito extracorpórea, perfusão com hipotermia profunda. O canal arterial foi seccionado e suturado, a CIA foi ampliada. Seccionou-se transversalmente os vasos da base, suturando o coto proximal da aorta nos ramos pulmonares e o coto proximal da pulmonar na porção distal da aorta, translocando as coronárias da porção proximal da aorta para o coto proximal da pulmonar. Implantou-se um cateter de diálise peritoneal e cateter de átrio esquerdo. RN evoluiu bem no pós-operatório, foi extubado em 48 horas, fez uso de adrenalina e milrinona. Não precisou de diálise peritoneal e o cateter foi sacado em 72h. Obteve alta hospitalar no 12º dia pós-operatório. Conclusão: Se não corrigida cirurgicamente no primeiro mês de vida, a TGA apresenta 30% de mortalidade e uma das estratégias fundamentais para otimizar o tratamento é o diagnóstico precoce ainda intra-útero pelo eco fetal. Ao diagnosticar, a equipe de cardiologia clínica e cirúrgica fica de prontidão para atuar nos primeiros dias de vida. A demora no diagnóstico aumenta a mortalidade ou implica em complicações como infecções, hipóxia extrema, que interferem na escolha do melhor tratamento, sendo às vezes feito apenas um procedimento paliativo devido ao extremo da condição clínica.



DIÁLISE PERITONEAL PRECOCE EM NEONATOS SUBMETIDOS À CIRURGIA DE CORREÇÃO DE TRANSPOSIÇÃO DAS GRANDES ARTÉRIAS

STANLEY SILVANO SOUSA, ALEKSANDER DOBRIANSKY, RAILDA ELIAS DE LIMA RAPOSO, AMANDA VIEIRA CARRIJO, THATYANA SIQUEIRA GONÇALVES, CRISTIANO DE SOUZA SOARES, PEDRO PAULO CLARK DE OLIVEIRA

HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA e PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, HOSPITAL DA CRIANÇA DE GOIÂNIA, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Cirurgia vascular

Objetivos: Relatar a experiência institucional com a cirurgia de correção anatômica da transposição das grandes artérias (CATGA) em neonatos. Avaliar a evolução clínica hospitalar de pacientes submetidos à CATGA (cirurgia de Jatene) e à diálise peritoneal (DP) precoce. Método: Estudo retrospectivo, baseado na avaliação de prontuários no período de Janeiro de 2015 a Março de 2018. Somente os pacientes com indicação para CATGA foram analisados, ou seja, pacientes com transposição das grandes artérias (TGA) com presença de comunicação interventricular (CIV) ou não. Resultados: Um total de 22 pacientes (17 masculinos e cinco femininos), com idades variando de um a 30 dias (média de 12 dias) e peso médio de 3,4 Kg, foram submetidos à correção cirúrgica consagrada por Jatene. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral balanceada, esternotomia mediana, circulação extracorpórea, redirecionamento do fluxo ventrículo-arterial. Dez pacientes possuíam CIV. Em todos os pacientes foi instalado cateter de DP. Sendo realizada DP no pós-operatório imediato em seis pacientes que evoluíram com pelo menos um dos seguintes critérios: acidose refratária, hipercalemia, oligúria, hipervolemia e elevação das escórias renais. A mortalidade hospitalar foi de 4,5%. Conclusões: A passagem do cateter de DP profilático no perioperatório, não implicou em complicações como peritonite ou sangramentos. A realização de DP precoce ao menor sinal de piora clínica, juntamente com a capacitação das unidades de pós-operatório e a intervenção cirúrgica em tempo hábil, mostrou um resultado próximo ao de grandes centros. Entretanto, ainda chegam pacientes para a correção cirúrgica em uma fase tardia e com complicações que dificultam ou inviabilizam a correção definitiva. O reconhecimento da patologia ainda intra-útero com o ecocardiograma fetal e a indicação precoce da cirurgia implicam diretamente na sobrevida do paciente.



DISSECÇÃO AGUDA DE AORTA TIPO B DE STANFORD COM REENTRADA EM ARTÉRIA RENAL DIREITA

YURI DE CASTRO MACHADO, WILLIAM PEREIRA ALVES, JULIANE FONTES ARAUJO SILVEIRA GOMES, AMANDA TALLITA DA SILVA, ANA LUIZA BARROS PARREIRA, GIORDANO BARROS TEIXEIRA, NICOLY DE CASTRO MACHADO, CHARLES SIMÃO FILHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO- BH, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIEVANGÉLICA, UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Cirurgia vascular

Introdução: A dissecção aguda da aorta (DAA) é uma emergência vascular e por seu grande impacto na sobrevida dos pacientes, o diagnóstico precoce de DAA se faz necessário, assim como terapêutica imediata. A classificação mais utilizada para DAA é a de Stanford, que pode ser dividida em A e B, de acordo com envolvimento de aorta ascendente (tipo A) ou não (tipo B). Desta maneira, o presente relato objetiva descrever um caso de difícil abordagem diagnóstica de paciente com dissecção aguda de aorta tipo B de Stanford com início na porção torácica descendente e seguida pela abdominal até o segmento infrarrenal. Relato de Caso: Paciente A.M.M.R., 60 anos, em tratamento para dislipidemia e depressão, na data de 21/04/2017 recebe atendimento médico por queixa de dor torácica aguda, de início súbito, forte intensidade do tipo queimação e com irradiação para o dorso. Exame físico sem anormalidades, com exceção da ausculta cardíaca com bulhas hipofonéticas. Foram pedidas provas inflamatórias, função e lesão hepática, função renal, dosagem de íons, hemograma, marcador de necrose miocárdica e D-dímero, cujos resultados vieram dentro dos padrões da normalidade. Diante desse quadro foram levantadas as hipóteses principais: doença arterial coronariana e embolia pulmonar. A primeira foi descartada pelos exames laboratoriais e radiografias do tórax normais, e a segunda pela persistência de dor torácica por dois dias apesar da anticoagulação e pela angiotomografia de aorta que evidenciou um hematoma intramural agudo acometendo aorta torácica descendente e abdominal até o segmento infrarrenal e extravasamento ativo de contraste na origem da artéria renal direita caracterizando ponto de reentrada com ruptura aguda tamponada. Foi feito, portanto, o diagnóstico de dissecção aguda de aorta tipo B de Stanford com reentrada em artéria renal direita, sendo a paciente submetida a procedimento de correção endovascular. Conclusão: O diagnóstico de dissecção aguda de aorta constitui um desafio em muitos contextos clínicos devido a heterogeneidade de sintomas e apresentações atípicas em alguns grupos de pacientes, situações que contribuem para o subdiagnóstico desta grave enfermidade. Assim, a boa avaliação da história clínica, exame físico e complementares são fundamentais para conclusão diagnóstica, contudo é imprescindível que o profissional encarregado considere o diagnóstico diferencial de DAA em todos os quadros de dor torácica aguda, como reforça esse relato.



FÍSTULA ARTERIOVENOSA E PSEUDOANEURISMA TRAUMÁTICOS EM ARTÉRIA POPLÍTEA PROXIMAL COM ENXERTO DE SAFENA: RELATO DE CASO

ANA CAROLINA FERREIRA RODRIGUES, CAROLINE DOS REIS VALADARES, CAMILA MONTEIRO DA ROCHA, GIOVANA FIGUEIRA BUCAR, ANA CAROLINA OLIVEIRA FERNANDES

CENTRO UNIVERSITARIO ITPAC, CENTRO UNIVERSITARIO ITPAC, CENTRO UNIVERSITARIO ITPAC, CENTRO UNIVERSITARIO ITPAC, CENTRO UNIVERSITARIO ITPAC

Cirurgia vascular

INTRODUÇÃO: As fístulas arteriovenosas (FAVs) são comunicações entre uma artéria e uma veia, podendo ser congênitas ou adquiridas após traumas fechados ou ferimentos penetrantes, lesões iatrogênicas e confecção para terapêutica hemodialítica. Os pseudoaneurismas são definidos como um hematoma pulsátil (cujas paredes são formadas pelo próprio tecido periarterial) que se comunica com uma artéria por meio de um pertuito na parede do vaso. Tanto as FAVs quanto os pseudoaneurismas, quando não tratados, podem evoluir para complicações como trombose, embolia, rupturas e insuficiência cardíaca de alto débito, resultando em altas taxas de morbidade e mortalidade. DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO: Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, jovem, vítima de PAF em coxa direita, tratado conservadoramente pelo serviço de urgência, que evoluiu após 7 anos com aparecimento de úlcera venosa em perna direita de difícil cicatrização, edema assimétrico de membros inferiores, frêmito no local do trauma, congestão venosa, cianose do membro acometido e cardiomegalia à radiografia de tórax. A arteriografia de membro inferior direito demonstrou a presença de FAV da artéria poplítea proximal com a veia femoral direita, tratada através de cirurgia convencional utilizando enxerto de safena contralateral para correção da mesma e do pseudoaneurisma de artéria femoral diagnosticado intraoperatório. CONCLUSÃO: FAVs e pseudoaneurismas oriundos de complicações traumáticas devem ser abordados o mais precocemente possível afim de reduzir as inúmeras complicações locais e sistêmicas que possam vir a se manifestar. A escolha da técnica para correção dessas patologias varia de acordo com a localização da lesão, com a extensão e com a necessidade de cada paciente.

IMPLANTE DE VALVA AÓRTICA TRANSCATETER NO TRATAMENTO DA ESTENOSE AÓRTICA

BÁRBARA GRASSMANN REIS, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, THIAGO MELANIAS ARAUJO DE OLIVEIRA, WILTON ADRIANO DA SILVA NETO, LUIZA BUFAICAL RASSI RIBEIRO DO PRADO, LUCAS FELIPE RIBEIRO, EVELLYN DE ANDRADE PULLIG, MUNIKE TOMAZINI DOS REIS

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA

Cirurgia vascular

Objetivo: descrever os benefícios do novo tratamento de pacientes com estenose aórtica sintomática, grave e inoperável através do implante transcater de valva aórtica (TAVI). Método: foi realizado levantamento bibliográfico do período de 2013 a 2018 em plataformas digitais como LILACS e SCIELO. Foram utilizadas as palavras-chave “transcater” e “valva aórtica” e as correspondentes em inglês “transcatheter” e “aortic valve”. Foram selecionados 20 artigos sobre o procedimento de TAVI englobando a evolução do procedimento e seus benefícios. Resultados: estenose de aorta é a obstrução da saída do ventrículo esquerdo (VE) caracterizado pela redução do orifício da valva aórtica e por alterações da via de saída. Atualmente, a causa mais comum de EAo é a calcificação aórtica, que acomete principalmente pacientes idosos, cuja gravidade aumenta com a idade, podendo acometer até 4% dos indivíduos acima de 80 anos. O censo do IBGE em 2010, evidenciou o envelhecimento acelerado da população brasileira e estima-se que em 2050 o Brasil terá cerca de 15 milhões de idosos, sendo 13,5 milhões acima de 80 anos, dos quais 400 a 650 mil poderão ter EAo degenerativa. Pacientes com EAo grave tem indicação formal de troca valvar, porém cerca de 30% desses pacientes não são submetidos à cirurgia convencional por possuírem contra-indicação ou risco elevado. TAVI é um tratamento alternativo para pacientes de alto risco e tratamento padrão para pacientes considerados inoperáveis. Esse procedimento é uma opção menos invasiva no qual é entregue uma prótese de valva aórtica cravada em perfil menor através da artéria femoral, do ápice do VE ou da artéria subclávia, e posteriormente posicionado e implantado no local da válvula aórtica doente. Essa terapêutica é não inferior em relação à troca valvar aórtica convencional com redução significativa na mortalidade de doentes inoperáveis. Após um ano de seguimento houve redução absoluta de 20% na mortalidade e redução de 18,3% no desfecho combinado de morte ou acidente vascular cerebral em pacientes submetidos a TAVI. Houve também melhora hemodinâmica precoce refletindo rapidamente na melhora dos sintomas de insuficiência cardíaca e em longo prazo na redução da hipertrofia do VE. Conclusões: O TAVI é um tratamento eficaz e seguro para pacientes com EAo de alto risco ou inoperáveis que melhora a qualidade de vida desses pacientes aumentando a expectativa de vida da população.

RECONSTRUÇÃO DA RAZ DA AORTA COM E SEM TUBO VALVULADO: NÚMERO DE PROCEDIMENTO, VALOR MÉDIO GASTO, TAXA DE MORTALIDADE E MÉDIA DE DIAS NA INTERNAÇÃO

ENY KARLA NASCIMENTO SANTOS, LY DE FREITAS FERNANDES, GABRIEL HENRIQUE CIRÍACO FERREIRA, PAULA RIOS LOYOLA, LUCAS KOVACS MAGELA, GIORDANA BRUNA MOREIRA PERES, BEATRIZ CURTO PACHI,

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (FM-UFG), FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (FM-UFG), FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (FM-UFG), FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (FM-UFG), FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (FM-UFG), FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (FM-UFG), FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (FM-UFG)

Cirurgia vascular

Objetivo: Avaliar e correlacionar o total de procedimentos cirúrgicos, o valor gasto em média por internação, a média de dias de internação e a taxa de mortalidade, da reconstrução da raiz da aorta (com o tubo valvulado e sem o tubo valvulado). Material e método: Trata-se de um estudo transversal de prevalência a partir de dados obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Foram avaliadas 3.280 internações para procedimentos de reconstrução da raiz da aorta no período (2013 a 2017), e estratificados em procedimentos realizados com tubo valvulado e sem tubo valvulado. Foram analisadas as variáveis Nº de óbitos, Taxa de Mortalidade, Dias de Permanência, Valor Total Gasto e Valor Total Gasto por internação e calculados os intervalos de confiança e a ODDS ratio à 99% de confiança. O software utilizado foi o GraphPad Prism 7.

Resultados: No período analisado 85,34% dos procedimentos foram realizados com o tubo valvulado. Desses por internação foi gasto em média 16.632,69 gerando um valor total de 46.554.912,15. A reconstrução sem o tubo, apesar de serem somente 14,66% dos procedimentos, tiveram um valor médio por internação de 13.277,95, 20,17% menor que o com tubo. A média de dias de internação com o tubo valvulado foi de 14 dias; e sem o tubo 13,8 dias. A taxa de mortalidade, durante a internação, com o tubo foi de 16,61%; sem o tubo 20,37%. Os estudos relatam (1) (2) que a longo prazo, a reconstrução da raiz da aorta com o tubo valvulado, aumenta a recorrência de complicações (tromboembolismo; hemorragia relacionada a anticoagulação, endocardite). A substituição valvular aórtica bioprotética também está associada com uma alta taxa de deterioração estrutural da válvula em pacientes menores de 60 anos com aproximadamente 50% necessitando de cirurgia repetida aos 8-10 anos após a implantação. Há uma limitação na literatura à curto prazo, não foi encontrado dados de intercorrências durante a internação nas referências bibliográficas atuais. Conclusão: A reconstrução da raiz de aorta com tubo é mais comumente realizada o que resulta em uma parcela proporcionalmente maior do total de gastos. Em relação aos dias de internação não houve diferença significativa entre a reconstrução com e sem tubo. Porém, em relação à mortalidade dos procedimentos, foi encontrado um valor 3,76% menor no procedimento com tudo, sendo esse um procedimento menos letal. Portanto, não havendo contraindicação ao procedimento com tubo, ele é preferível quando comparado ao sem tubo.

PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA PÓS-TRAUMÁTICO

ERIC DE OLIVEIRA SOARES JÚNIOR, CAMILA MONTEIRO DA ROCHA, LILIAN CRISTIAN FERREIRA DOS SANTOS, REMY FARIA ALVES, BRUNA MANJABOSCO WÄCHTER, AYLÁ COSTA SAMPAIO LEITE, BRUNO CARVALHO TRENTIN, SABRA MARIELA FERNANDES FALCÃO

UNITPAC, UNITPAC, HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, HOSPITAL REGIONAL DE ARAGUAÍNA, UNITPAC

Cirurgia vascular

INTRODUÇÃO: Pseudoaneurismas da artéria poplítea são raros. Geralmente são secundários a traumatismos locais, incluindo aqueles causados por procedimentos ortopédicos. Classicamente, a região do cavo poplíteo é reconhecida pelos cirurgiões vasculares como uma espécie de “Triângulo das Bermudas” pela sua grande dificuldade técnica de acesso devido a características anatômicas peculiares associadas a sua alta taxa de insucesso no reparo de patologias traumáticas e aneurismáticas, que resultam em elevadas taxas de amputação de membros inferiores se comparados a outras topografias. RELATO DE CASO: Paciente G.P.V., masculino, 29 anos, admitido no Pronto Socorro do Hospital Regional de Araguaína-TO, vítima de FAB em fossa poplítea direita. Ao exame apresentava-se REG, LOTE, hipocorado (++/4+), afebril, acianótico, eupneico, hipotenso. MID com lesão de mais ou menos dois cm em fossa poplítea, pequeno sangramento, pulsos poplíteo e distais presentes, sendo então realizado sutura que cessou o sangramento e hemotransfusão para estabilidade hemodinâmica. Durante a internação evoluiu, em região de sutura, com hematoma, edema de consistência endurecida, pulsátil, sem sopro, frêmito e hipotermia, logo, solicitou-se Duplex-Scan de artérias femorais, poplíteas e tibiais de MID que evidenciou pseudoaneurisma de artéria poplítea direita com orifício de 4,5mm comunicando-se com ela. Para programação cirúrgica foi realizado arteriografia de MID que evidenciou artéria poplítea direita com sinais de extravasamento acima da linha do joelho, sem enchimento precoce da veia. Deste modo, optou-se pela revascularização do MID com patch/enxerto de veia safena autóloga aberta de perna contralateral, evoluindo no pós-operatório com boa perfusão vascular, ferida operatória limpa, seca e sem sinais flogísticos. CONCLUSÃO: O caso ressalta a difícil abordagem cirúrgica para a revascularização dos vasos acometidos, porém com boa evolução pós-operatória da paciente evidenciando a importância do diagnóstico precoce e um tratamento e acompanhamento adequados.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES VASCULARES TRAUMÁTICAS DA REGIÃO CERVICAL

FÁBIO FERREIRA MARQUES, GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO, GABRIELLA JAIME VIEIRA, ISADORA GARCIA CARNEIRO KRIUNAS SEVERINO, RENATO SOUZA LUZ PEDROSA, BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL

UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA

Cirurgia vascular

Objetivos: Analisar o tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas da região cervical e suas variáveis no Brasil. Métodos: Refere-se à um estudo epidemiológico quantitativo com abordagem por corte transversal realizado no Brasil entre os anos de 2015 e 2017. Os dados foram obtidos do sistema DATASUS, de ordem secundária, na categoria de base de dados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), selecionando variáveis significantes. Resultados: Constatou-se que no período referente houve 3339 Aprovação de Internação Hospitalar (AIH) e procedimentos hospitalares relacionado ao tratamento cirúrgico de lesões vasculares traumáticas da região cervical, sendo 34,74% em 2015 e 32,43% em 2017, com uma média de 1113 procedimentos por ano. Ademais, a região Nordeste teve 34,20% do total, enquanto a região Norte ficou com o menor número, 9,88%. O valor dos serviços hospitalares foi de R\$ 4744255,81, sendo que o valor médio de internação foi de R\$ 1915,50. A média de permanência foi de 6,1 dias e a taxa de mortalidade foi de 7,46. Percebe-se também que o regime em maior parte foi ignorado, 71,48%, enquanto o público e privado ficaram com 22,55% e 5,95% respectivamente. Vale ressaltar que em relação ao caráter de atendimento, 6,43% foram eletivos, 83,67% de urgência, e 8,26% por outras causas. Conclusão: O diagnóstico e manejo rápido é essencial, pois órgãos de múltiplos sistemas estão contidos em uma localização compacta e uma injúria isolada pode produzir múltiplos efeitos potencialmente letais. O primeiro passo do tratamento consiste na identificação da lesão, na inspeção da via aérea e na determinação da situação da hemodinâmica. A definição da presença da lesão cervical requer a identificação da anatomia da região e dos mecanismos de trauma sofridos. O paciente instável requer exploração cirúrgica mandatória e imediata da ferida. A fisioterapia e exercícios do pescoço podem ajudar a diminuir o tempo de recuperação das funções normais do pescoço.

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIANIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIANIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIANIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE Coloproctologia

Objetivos: Descrever e analisar os procedimentos de hemorroidectomia no estado de Goiás entre os anos de 2008 e 2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente aos procedimentos caracterizados como hemorroidectomia, com paciente de todas as faixas etárias, no estado de Goiás, entre os anos de 2008 e 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) dos respectivos anos. A seleção da amostra foi realizada a partir da plataforma Informações de Saúde (TABNET), foram selecionados indicadores epidemiológicos, com a opção: Geral, por local de internação – a partir de 2008. **Resultados:** Entre 2008 e 2017 foram contabilizados 11.974 procedimentos realizados no estado de Goiás. Os resultados de 2008 revelam que foram realizados 1.115 hemorroidectomias no estado de Goiás. No ano de 2017, no mesmo estado foram realizados 1.104 procedimentos. Em relação ao regime o qual realizado os procedimentos, em 2008 foram realizados 1.011 em regime público e 981 em regime privado. No ano de 2017, todos os procedimentos foram classificados como ignorados. **Conclusão:** O estudado demonstrou um leve aumento do número de hemorroidectomia entre os anos de 2008-2017, no estado de Goiás. Esse valor consideravelmente estável possivelmente deve-se a escolha pessoal do paciente ao procedimento cirúrgico, pois a hemorroida não ocasiona a morte do paciente, logo é analisado o prognóstico pós-cirurgia e se é benéfico para a qualidade do paciente realizar a hemorroidectomia.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO
VERDE,FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE.
Coloproctologia

Objetivo: Avaliar a quantidade de colostomias realizadas na região Sudeste no período compreendido entre os anos de 2008 e 2017. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico por meio da análise de dados obtidos através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), subcategoria Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), considerando as variáveis internações, óbitos, caráter do atendimento, taxa de mortalidade e período desejados. **Resultados:** No período analisado, foram notificadas 23.939 internações com a necessidade de realização de colostomia na região sudeste do país, sendo o ano de 2017 o mais incidente, com 2.988 internações, com destaque ao estado de São Paulo, responsável por 1.629 casos nesse ano, sendo notado, ainda, aumento do número de casos anuais com o passar dos anos. Do total de operações realizadas no período analisado, 5.701 (23,82%), foram em caráter eletivo, 18.108 (75,65%) em caráter de urgência, 30 (0,12%) relacionadas a acidentes de trabalho, e 100 (0,41%) oriundas de outras causas externas. Na maioria, em casos de urgência, houve um número de óbitos de 3.066 (16,93%) dos procedimentos de colostomia, e em caráter de atendimento eletivo, 410 (7,19%) procedimentos, o que associa a mortalidade mais à situação da realização, no caso à situação de urgência, do que apenas às consequências do ato cirúrgico por si só. A colostomia muitas das vezes não é o desfecho do tratamento cirúrgico, e pode influenciar negativamente na qualidade de vida, tendo em vista as dificuldades e complicações de um paciente colostomizado em seu pós-operatório. Em relação aos óbitos, percebe-se um declínio da taxa de mortalidade com o decorrer dos anos, sendo o ano de 2008 o que registrou a maior porcentagem de mortes, 17,15%, dos procedimentos no ano, com maior taxa registrada no estado de São Paulo, 17,84%, e o ano de 2017 o que apresentou a menor taxa, 12,13%. **Conclusões:** Os procedimentos de colostomia realizados no período entre 2008 e 2017 foram muitos, resultando em quase 24.000 cirurgias na região Sudeste. A quantidade de óbitos mostrou-se consideravelmente alta, cerca de 14,57% neste período, principalmente ligada às colostomias realizadas em situação de urgência, demonstrando a importância do caráter cirúrgico, e não apenas a realização do procedimento como casuística dos óbitos, mas com notório declínio ao longo dos anos.

Coloproctologia

Objetivo: O objetivo do presente trabalho é conhecer a situação epidemiológica da apendicite aguda no Estado de Goiás no período 2015 a 2017, com base no seu tratamento cirúrgico, a apendicetomia, bem como relacionar com o gasto público gerado no país. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo e retrospectivo das apendicetomias realizadas no período de 2015 a 2017, no estado de Goiás. Os dados foram coletados na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na subcategoria de Sistema de Informações Hospitalares (SIH). As variáveis analisadas foram número de internações, média de permanência, valor total das internações, valor médio de internação, taxa de mortalidade e óbitos. **Resultados:** No período analisado, entre 2015 e 2017, o número total de apendicetomias realizadas foi 10.002, sendo 3.473 no ano de 2015, 3.224 no ano de 2016 e 3.305 no ano de 2017, e a média de internação desses pacientes foi de 3,2 dias. A taxa de mortalidade observada entre os pacientes internados foi de 27% em 2015, 34% em 2016 e 15% em 2017, perfazendo uma média de 25%. O valor médio de internação foi R\$ 556,76 e o valor total das internações foi R\$ 5.628.242,70. O número de óbitos registrados durante o ano de 2015 foi 9, em 2016 foi 11 e em 2017 foi 6, totalizando um número de 25 óbitos. **Conclusão:** A apendicite aguda é a patologia com maior incidência de intervenções cirúrgicas, sendo mais comum em adultos jovens, com pico de incidência na segunda e terceira décadas de vida. O diagnóstico precoce é essencial para reduzir a morbidade. A apendicetomia é a intervenção cirúrgica mais realizada decorrente de abdome agudo, portanto, para mínimas complicações e melhores resultados para o paciente, é necessário cirurgias capacitadas nos serviços de referência. A técnica mais utilizada nos pacientes do SUS para a realização da apendicetomia é através da via laparotômica. Visto o grande número de procedimentos realizados no período mencionado e o valor total das internações, observou-se um grande impacto nos gastos para a saúde pública.

GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA, LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE, MARIO HENRIQUE BITAR SIQUEIRA, ANDREA AMALIA CAMPOS PIMENTEL, BRUNO LUIS OLIVEIRA CORREA, DEBORA SARA DE ALMEIDA CARDOSO
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
Coloproctologia

Objetivo: Relatar caso de paciente com colite e perfuração intestinal por reativação do citomegalovírus, complicação incomum em pacientes imunocompetentes. **Método:** Revisão retrospectiva do prontuário da paciente **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 66 anos de idade, portadora de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, miocardiopatia isquêmica e coronariopatia multiarterial, submetida a cirurgia de revascularização do miocárdio. No pós-operatório apresentou instabilidade hemodinâmica grave, relacionada a vasoplegia e fibrilação atrial de alta resposta. Apresentou outras complicações, como pneumonia nosocomial e insuficiência renal aguda dialítica. Após 24 dias de internação em Unidade de Terapia Intensiva, a paciente apresentou diarreia profusa intensa, que permaneceu por 5 dias a despeito de tratamento com metronidazol. No sexto dia após o início da diarreia, a paciente apresentou dor abdominal intensa e piora dos parâmetros hemodinâmicos, com presença de pneumoperitônio em raio-x de tórax, sendo submetida a laparotomia exploradora com achado intraoperatório de perfuração do ceco. Foi realizada colectomia direita com ileostomia terminal e fístula mucosa. Evoluiu com resolução do quadro abdominal porém apresentou sepse de foco pulmonar, evoluindo para óbito 24 dias após a colectomia. A análise histopatológica do cólon retirado revelou a presença de frequentes alterações citopáticas virais em mucosa colônica, característica de infecção por citomegalovírus. **Conclusão:** A colite por reativação ou infecção por citomegalovírus (CMV) é uma complicação conhecida em pacientes imunossuprimidos, tais como receptores de órgãos sólidos. Tem sido cada vez mais reconhecida como causa de morbidade em pacientes imunocompetentes porém debilitados por internação prolongada em UTI ou pós-operatório de cirurgias de grande porte. O diagnóstico pode ser feito por colonoscopia com biópsia e o tratamento é feito com ganciclovir. Em casos extremos, o processo inflamatório desencadeado pelo CMV pode cursar com perfuração do cólon e peritonite fecal, como no caso descrito.

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE PÓLIPO FIBRÓIDE INFLAMATÓRIO - RELATO DE CASO

JOÃO PEDRO SOARES NUNES, PEDRO ANTÔNIO PASSOS AMORIM, ANDRÉA CRUVINEL ROCHA SILVA, JAMILE CRISTINE FERREIRA, PEDRO FREIRE GUERRA BOLDRIN, DANIEL NOGUEIRA LACATIVA LOURENÇO, JAIR PEREIRA DE MELO JUNIOR, VICENTE GUERRA FILHO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE,,UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS,DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE – GOIÁS

Coloproctologia

Introdução - Pólio Fibróide Inflamatório é uma lesão rara, benigna, com baixa transformação maligna, que surge a partir da submucosa do trato gastrointestinal. É mais comum no antro, sendo rara no duodeno, com predominância do gênero masculino e faixa etária de 60 a 70 anos. Relato de caso - Paciente feminino, 76 anos, internada na Unidade de Terapia Intensiva com queixa de dor abdominal intensa, tipo cólica, em região epigástrica e quadro de insuficiência renal aguda com suspeita de Pielonefrite. Foi feita a reposição hidroeletrolítica, levando a melhora do quadro renal, porém a paciente permaneceu hipocalêmica e evoluiu com parada de eliminação de gases e fezes. Ao realizar a tomografia computadorizada de abdome total, foram evidenciados sinais compatíveis com obstrução intestinal ao nível de íleo sugerindo intussuscepção. Encaminhada para a cirurgia, foi feita a Enterectomia segmentar com Enteroanastomose íleo-ileal latero-lateral, com sutura mecânica por videolaparoscopia. Foi realizada análise anatomo-patológico da peça cirúrgica e as alterações histopatológicas podiam corresponder a Tumor Gastrointestinal Estromal, Neurofibroma, Leiomioma ou Pólio fibróide inflamatório, sendo o material encaminhado para a imuno-histoquímica. Através desse estudo estabeleceu-se o diagnóstico definitivo de Pólio Fibróide Inflamatório de intestino Delgado: CD-117 – negativo, CD-68 (KP1) – positivo e Ki-67 (MIB-1) – positivo, sendo orientado à paciente acompanhamento periódico. Conclusão – Pode-se, por meio deste relato, alertar para a importância do precoce diagnóstico diferencial de Pólio Fibróide Inflamatório e adoção de intervenções efetivas e rápidas na abordagem de abdome agudo obstrutivo, de maneira a aumentar a expectativa de vida destes pacientes.

DIVERTICULITE COMPLICADA POR FÍSTULA COLOVESICAL, UM RELATO DE CASO

LUANNA ARRUDA LEMOS, ALINE FERREIRA BORGES, DANIELLY VIEIRA DE MENEZES, JULLYANA BORBA DE SOUSA, IGOR CAMARGOS DA MOTA, ISABELLA RESENDE COELHO, ISADORA GARCIA CARNEIRO KRIUNAS SEVERINO, ROSANNE ARRUDA LEMOS

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- UNIRV

Coloproctologia

INTRODUÇÃO: Estima-se que metade da população com mais de 50 anos tenha diverticulose, caracterizada por saculações do cólon (95% em sigmoide) e que destes, 10 a 25% evoluem com inflamação e infecção (diverticulite) e, com menor frequência, desencadeia complicações. Este relato objetiva representar um caso de diverticulite complicada por fístula colovesical.**RELATO DO CASO:** Homem, 72 anos de idade, hipertenso, tabagista há 55 anos, histórico familiar de irmão falecido decorrente a diverticulite complicada e histórico pessoal de diverticulite há 2 anos com remissão após tratamento clínico, admitido na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, Goiás, em fevereiro de 2018 com queixa de dor intensa em hipogástrio, disúria e febre há cerca de 1 semana. Foi relatada consulta anterior com urologista, o qual o tratou para infecção do trato urinário com ciprofloxacino e metronidazol, evoluindo com fecalúria e pneumatúria após uma semana, quando buscou atendimento de um proctologista. Foi realizada colonoscopia, identificando-se diverticulite complicada por fístula colovesical. Imediatamente, foi encaminhado para o serviço de cirurgia geral para realização de sigmoidectomia a Hartmann. A abordagem em casos iniciais para a diverticulite pode ser clínica com antibioticoterapia e posteriores mudanças de hábito alimentar, mas pode evoluir com complicações como,por exemplo, abscesso pericólicos, obstruções, peritonite difusa e, assim como no caso descrito, fístulas, as quais são cerca de 2% destas complicações. Dentre elas, a colovesical é a mais comum (cerca de 65%), seguida das colovaginais, coloentéricas e colocutâneas, menos frequentes. O tratamento, inicialmente, seria a antibioticoterapia para posterior ressecção cirúrgica do segmento colônico afetado, sendo preferencialmente sugerido anastomose primária, podendo o tratamento ser individualizado segundo o caso, como foi feito, já que deve levar em consideração outros processos, sejam eles inflamatórios, infecciosos ou outras comorbidades associadas.**CONCLUSÃO:** O caso expõe uma complicação de pequena frequência na literatura, demonstrando que o tratamento individualizado pode não condizer com as recomendações gerais, o que faz com que a cirurgia peça não apenas um estudo prévio da patologia, seus métodos diagnósticos e terapêuticos mas também cobre da experiência do cirurgião para avaliação do caso.

DILEMAS CIRÚRGICOS NA DIVERTICULITE PERFURADA: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO, RICARDO VIEIRA TELES FILHO, VICTÓRIA COELHO JÁCOME QUEIROZ

FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA-UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS.

Coloproctologia

Objetivo: Avaliar quais as técnicas mais efetivas para o manejo dos pacientes (Hinchey III e IV) com diverticulite perfurada (DP). **Método:** Foram analisados artigos das bases: PubMed, Scopus e Scielo, dos últimos 5 anos, com as palavras-chave: perforated diverticulitis, Hartmann's procedure, laparoscopic, lavage, rectosigmoid resection, peritonitis, primary anastomosis, randomized controlled trial. Foram incluídos principalmente ensaios clínicos randomizados e outras revisões de literatura. **Resultados:** O ponto chave da escolha terapêutica é manter ou não o procedimento de Hartmann (PH) como primeira opção. Isso porque, apesar do PH ser eficiente para ressecar a doença e eliminar foco inflamatório, este procedimento necessita de um segundo tempo cirúrgico para reverter a colostomia e reestabelecer o trânsito intestinal. O que é um risco aumentado de morbimortalidade para o paciente e questiona sua cega indicação. Desse modo, cogita-se o emprego da anastomose primária (AP) com ou sem estomia de proteção, que é capaz de reestabelecer o trânsito intestinal no mesmo tempo cirúrgico. Ensaios clínicos multicêntricos randomizados que compararam o PH a AP em doentes graves, a AP apresentou certa superioridade principalmente com relação a reversão da ileostomia, ocorrendo menos complicações severas nesta. Além destes dois tipos de intervenção cirúrgica, outra alternativa terapêutica é a lavagem peritoneal laparoscópica, porém ainda sem consenso de superioridade, já que alguns mostraram maiores chances de complicações pós-operatórias e piores prognósticos e os estudos favoráveis apresentam viés de análise. **Conclusões:** A comparação do PH às diversas possibilidades menos invasivas e debilitantes para o paciente não evidenciou consenso a respeito da superioridade destas. Dessa forma, o PH deve ser mantido como padrão outro e opção mais segura de tratamento para os pacientes com diverticulite perfurada, estágios Hinchey III e IV. **Bibliografia:** HUMES, D. J.; SPILLER, R. C. Diverticular disease of the colon. In: PODOLSKY, D. K. et al. (Eds.). . Yamada's Textbook of Gastroenterology. 6th. ed. West Sussex: Wiley-Blackwell, 2016. p. 1556–1569.; MANDRIOLI, M.; TUGNOLI, G.; DI SAVERIO, S. Laparoscopic Lavage vs Primary Resection for Perforated Diverticulitis. JAMA - Journal of the American Medical Association, v. 315, n. 10, p. 1053, 2016.; STEELE, S. R. et al. (EDS.). The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Cham: Springer International Publishing, 2016.

DIVERTICULITE DE CÓLON COMPLICADA COM FÍSTULA ENTERO-VESICAL: UM RELATO DE CASO

CINTHYA CLARA SILVA DE SOUSA, GUILHERME FELIPE FARIA LOBO, JOÃO PAULO PACINE DE BARCELOS, JORGE AUGUSTO CARDOSO OLIVEIRA, INDIANNA BEATRIZ MENDES DE ANDRAE, BÁRBARA FERREIRA DUTRA, ANGÉLICA DOS SANTOS SANTOS

HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA

Coloproctologia

Introdução: A diverticulose colônica é a alteração anômica mais comum deste segmento. Trata-se do desenvolvimento de áreas de fragilidade, na mucosa e submucosa, que protrudem sob a forma de bolsa. É uma condição assintomática, mas suscetível a processos inflamatórios e complicações. **Relato de caso:** C. A. L. S., 71 anos, feminino, deu entrada no Hospital Regional do Gama, queixando dor abdominal, com ênfase em quadrante inferior esquerdo (QIE), tipo cólica, de alta intensidade, irradiada para membros inferiores, melhorando com escopolamina, e evolução de dois meses. Concomitante, apresentou pneumatúria, polaciúria, disúria, náuseas, vômitos aquosos, febre (39°C) e constipação. Ao exame físico apresentava dor à palpação em QIE, sem sinais de irritação peritoneal. Tinha colonoscopia resultando em doença diverticular do cólon; TC de Abdome Total com sinais de diverticulite aguda do sigmóide complicada com abscessos pélvicos, perissigmoideanos e aderidos à bexiga e ao útero. Solicitada nova TC de Abdome Total identificando coleção em fossa ilíaca esquerda correspondente à diverticulite associada a abscesso medindo 5,4 x 4,8 x 3,8 cm e fístula enterovesical. Permaneceu internada por 15 dias em uso de antibióticos (Ciprofloxacino e Clindamicina) e analgesia com melhora do quadro clínico. Alta médica com analgesia, antibioticoterapia e acompanhamento ambulatorial. No segundo tempo de tratamento foi realizado cirurgia eletiva, no ato da intervenção se fez o descolamento do cólon sigmóide da parede da bexiga e retossigmoidectomia com anastomose primária. Evoluiu no pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta médica no 8º DPO com acompanhamento no ambulatório de proctologia sendo retirada sonda vesical de demora no 18ºDPO. **Conclusão:** Os casos de fístula entero-vesical possuem na diverticulite aguda sua etiologia mais frequente. Tem na história clínica elementos cruciais para se pensar neste diagnóstico. A afecção manifesta-se por pneumatúria, fecalúria e cistite. Sinais e sintomas estes, observados na paciente em questão, exceto pela fecalúria. A abordagem cirúrgica em segundo tempo respeitou o tratamento primário da cistite com antibioticoterapia, pois a fistulização por esta etiologia é raro ter indicação cirúrgica de urgência, exceto quando a diverticulite complicada cursa com peritonite ou com abscessos não passíveis de drenagem percutânea ou cujo tratamento clínico falha.

DIVERTICULITE EM PACIENTES JOVENS

ROSSANA GARCIA ELOY PIMENTA, IURY CAMARGOS NERY FERREIRA, THALLYTA OLIVEIRA LOPES, ALINE VIEIRA MORAES ESSADO, SÉRGIO MURILO ROSA
FACULDADE ATENAS, FACULDADE ATENAS, FACULDADE ATENAS, FACULDADE ATENAS, HOSPITAL SANTA MARTA
Coloproctologia

Introdução: Diverticulite consiste na perfuração de um divertículo colônico, predominantemente em sigmóide¹. Esta apresenta epidemiologia incomum antes dos 40 anos com 5 a 10%, acima dos 50 anos representa 50% dos casos e aos 80 anos em torno de 70%.² **Objetivo:** alertar para a presença de diverticulite em pacientes jovens. **Relato de caso:** Homem, 28 anos, obeso, hipertenso e pré diabético. Procura o PS com queixas urinárias e febre, sendo diagnosticado com ITU, prescrito antibióticoterapia e realizado TC anteriormente com laudo de apendagite. Após 5 dias com evolução desfavorável, retornou, realizado nova TC com contraste a procura de abscesso abdominal, com evidência diverticulite aguda, Hinchey III. Exames apresentavam leucocitose 17.500. Submetido a laparotomia exploratória, identificado peritonite purulenta por perfuração em sigmóide, realizado sigmoidectomia à Hartman + Colostomia, iniciado Ceftriaxone e Metronidazol. Em pós-operatório manteve dor abdominal e com leucocitose progressiva. No 4 DPO possuía leucócitos de 23.100, optado troca para Meropenem. Paciente apresentou melhora, normalização de exames, recebendo alta no 15 DPO. **Discussão:** Diverticulite cursa com dor abdominal em QIE associado há alterações no hábito intestinal¹. Os achados dependem da quantidade de contaminação, do local da perfuração e da ausência ou presença de infecção de órgãos adjacentes¹. Dieta pobre em fibras e obesidade são fatores de risco⁴. Hinchey classifica tomograficamente a diverticulite em IV estágios, orientando a terapêutica.¹ A história natural nos jovens não é bem compreendida tornando o diagnóstico tardio, relacionado ao fato de ser raro em menores de 40 anos², aumentando a morbidade. Cabe ressaltar a importância dos diagnósticos diferenciais de apendagite epiploica, sendo apendicite e diverticulite aguda³. **Conclusão:** Como observamos a diverticulite é incomum na população abaixo dos 40 anos, com diagnóstico tardio, influenciando diretamente no tratamento, associado a maior morbidade. Porém relatos recentes apontam aumento entre adultos jovens. Concluímos que na prática diária devemos ficar atentos mesmo em jovens. **Bibliografia:**
¹ SABISTON, Tratado de cirurgia, 19ª Ed 2015, Volume II. ² ROHDE, Luiz. OSVALDT, Alessandro. Rotinas em Cirurgia Digestiva, 3ª Ed 2018. ³ SOUSA, Diogo et al. Apendagite epiploica: diagnóstico diferencial de apendicite aguda. Rev. Port. Cir., Lisboa, n. 36, p. 29-32, mar. 2016. ⁴ GOLDMAN, L Cecil Medicina, 24ª Ed VI 2014.

DOENÇA HEMORROIDÁRIA: TRATAMENTO CONVENCIONAL X TÉCNICAS CIRÚRGICAS NÃO-EXCISIONAIS

GABRIELA BAZZAN GORSKI, MARIELLA ZANCHETT, KAMILA SANTOS NASCIMENTO, CAROLINA RODRIGUES ADORNO, MARIELLE LAMAR MARTINS BARROS BATISTA
UNIRV- CAMPUS APARECIDA DE GOIANIA, UNIRV- CAMPUS APARECIDA DE GOIANIA, UNIRV- CAMPUS APARECIDA DE GOIANIA, UNIRV- CAMPUS APARECIDA DE GOIANIA, UNIRV- CAMPUS APARECIDA DE GOIANIA
Coloproctologia

Objetivo: O presente estudo objetivou realizar uma revisão sobre o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, enfatizando os benefícios da operação convencional, seja qual for a técnica e material utilizado, pois é considerada um tratamento mais definitivo. **Método:** A busca na literatura envolveu a base de dados SciELO, por meio de três artigos científicos nos anos de 2013, 2016 e 2017, que apresentaram os unitermos “Doença hemorroidária” e “Tratamento”. Estes se basearam no estudo de técnicas cirúrgicas para o tratamento da doença hemorroidária. **Resultado:** Por meio da análise dos artigos é possível constatar que a cirurgia convencional (técnica de Milligan-Morgan e técnica de Ferguson) é padrão ouro para o tratamento da doença hemorroidária, visto que são baixas as taxas de complicações e de recorrência do prolapso. Novas técnicas cirúrgicas não-excisionais são utilizadas no tratamento cirúrgico a fim de reduzir a dor pós-operatória, como a hemorroidopexia com grampeador (PPH) e a desarterialização transanal das hemorroidas (THD). No entanto, há estudos que comparam a cirurgia convencional e as novas técnicas cirúrgicas e comprova-se que a hemorroidopexia com grampeador é menos efetiva e tem maior incidência de recorrência, prolapso e tenesmo, já a desarterialização transanal das hemorroidas evidenciou taxa de recidiva do prolapso e de sangramento e dor durante a evacuação. **Conclusão:** A doença hemorroidária acomete milhões de pessoas em todo o mundo, e em torno de 10% dessas pessoas o tratamento clínico conservador não é eficaz, fazendo-se necessário a intervenção cirúrgica. O padrão ouro para o tratamento é a cirurgia convencional, tanto a técnica de Milligan-Morgan quanto a de Ferguson, pois é considerada um tratamento definitivo, com baixa taxa de recorrência.

PERFURAÇÃO INTESTINAL EM MEGACÓLON TÓXICO NA RETOCOLITE ULCERATIVA

LUCIANO IPÓLITO BRANQUINHO, BYANCA ROSSETTI MOREIRA DOS SANTOS, VITÓRIA ROSSETTI MOREIRA DOS SANTOS, DANIEL PALOMARES JÚNIOR
HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN - CAMPO GRANDE/MS, HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN - CAMPO GRANDE/MS, UNIDERP, UNIDERP
Coloproctologia

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais acometem frequentemente indivíduos jovens, sem predomínio de sexo. Podem se manifestar de forma insidiosa ou de forma grave com necessidade de cirurgia de urgência, como no caso do Megacólon Tóxico. **Métodos:** Relato de caso de um paciente que procurou atendimento no HRMS, sendo realizada avaliação clínica, laboratorial e radiológica seguida de cirurgia de urgência para tratamento de complicação aguda da retocolite ulcerativa. **Resultados:** Paciente, sexo feminino, 26 anos, história de diarreia com sangue iniciada há 6 meses, com piora há 1 semana, associado a dor abdominal e febre. Ao exame de entrada apresentava-se estável hemodinamicamente, porém febril. Abdome distendido, doloroso a palpação de epigástrio e FID com DB + em região epigástrica. Toque retal doloroso com presença de sangue em dedo de luva. Realizada radiografia de abdome agudo que evidenciou megacólon tóxico com necrose e perfurações em múltiplas áreas de cólon. Optado por realizar colectomia total com ileostomia terminal. **Conclusão:** O megacólon tóxico é definido como uma dilatação aguda do cólon, acompanhada de manifestações de toxicidade sistêmica¹. Entre as causas estão as doenças inflamatórias intestinais, colite pseudomembranosa e colite por CMV². Sua fisiopatologia está relacionada com gatilhos ambientais ou medicamentosos, que levam a um aumento na produção de óxido nítrico nas células da camada muscular do cólon, com dilatação, dismotilidade, translocação bacteriana e perfuração³. O tratamento deve ser agressivo, com antibióticos e corticoides. Em caso de perfuração ou falha clínica o paciente deve ser submetido a colectomia total com ileostomia terminal². A cirurgia precoce e o controle da sepse são os pilares do sucesso do tratamento do megacólon complicado com perfuração.

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico do tratamento cirúrgico da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) no estado de Goiás entre 2014 e 2017. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente às internações hospitalares para realização do procedimento cirúrgico como tratamento da doença do refluxo gastroesofágico, com pacientes de todas as faixas etárias, por local de internação em Goiás, entre os anos de 2014 a 2017. Os dados foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). As variáveis analisadas foram: número total de internações, valor total das internações, valor médio de internação, média de permanência, óbitos e taxa de mortalidade. **Resultados:** Foram realizadas 120 fundoplicaduras cirúrgicas no período com média de 30 procedimentos por ano. O custo total das cirurgias realizadas, foi de R\$ 175.366,10. Em relação ao valor médio de internação, houve a seguinte apresentação: 2014 (R\$2.635,18), 2015 (R\$ 916,89), 2016 (R\$ 1.320,19) e 2017 (R\$ 815,11). A média de permanência hospitalar na cirurgia antirrefluxo foi 4,3 dias, houve um padrão de decréscimo no período atingindo uma média de permanência de 2,28 dias no ano de 2017. Foi registrado 1 óbito no ano de 2016 determinando uma taxa de mortalidade de 2,7/100.000 habitantes para o mesmo ano e de 0,83/100.000 habitantes entre os anos analisados. **Conclusões:** A doença do refluxo gastroesofágico tem grande importância devido sua alta prevalência na população ocidental e por corresponder 75% das doenças do esôfago. Sua evolução clínica pode levar a alterações estruturais e funcionais gerando prejuízo na qualidade de vida e até mesmo ao adenocarcinoma. O tratamento cirúrgico como escolha terapêutica para a DRGE no estado de Goiás encontra-se relativamente baixo diante da alta prevalência da doença, seguindo uma média de 30 procedimentos ao ano no período analisado. Sabe-se que o procedimento cirúrgico é uma das indicações para o tratamento da doença, no entanto deve obedecer critérios, dentre eles: a fase evolutiva da doença e as condições socioeconômicas do paciente, visto que a cirurgia já se encontra com um valor relativamente baixo (R\$ 815,11 no ano de 2017), podendo ser uma alternativa aos pacientes refratários ao tratamento clínico ou sem condições econômicas para adquirir as medicações.

CARDIOMIOTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA A HELLER-PINOTTI NO TRATAMENTO DO MEGAESÓFAGO IDIOPÁTICO: RELATO DE CASO

JOÃO PEDRO SOARES NUNES, PEDRO FREIRE GUERRA BOLDRIN, PAULO ROBERTO NUNES FILHO, ISABELLA FRANCO COSTA, PEDRO ANTÔNIO PASSOS AMORIM, MARIANA CORTEZ DE OLIVEIRA, JAIR PEREIRA DE MELO JUNIOR, VICENTE GUERRA FILHO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS.

Esôfago

Introdução: Megaesôfago é uma entidade caracterizada, primariamente, pela dilatação da luz esofágica. Dentre as causas, destacam-se a doença de Chagas e quando não há causa definida, megaesôfago idiopático. A cardiomiectomia associada à funduplicatura é usada como tratamento para o megaesôfago não avançado há algumas décadas. Relato de caso: Paciente masculino, 29 anos, com disfagia progressiva a sólidos há mais de quatro anos, sendo que no momento da consulta, alimentava-se apenas com líquidos, sem alterações dos hábitos intestinais e palpitações associadas. Sem alterações à ecoscopia e ao exame físico. Para investigação diagnóstica laboratorial, foram feitos exames para tireoideopatia, doença de Chagas e doença do refluxo gastroesofágico. A endoscopia digestiva alta (EDA) revelou luz esofágica de calibre aumentado e alargamento discreto dos pilares diafragmáticos sugerindo megaesôfago. A esofagomanometria revelou relaxamento incompleto do esfíncter esofágico inferior às deglutições com percentual de relaxamento de 69% (VN>90%) e pressão residual de 9mmHg (VN<8mmHg). O estudo manométrico foi compatível com megaesôfago avançado. A radiografia de esôfago, estômago e duodeno após ingestão de bário demonstrou megaesôfago grau III. Os testes laboratoriais para detecção da forma crônica da Doença de Chagas se mostraram não reagentes. Após a conclusão diagnóstica de megaesôfago idiopático, o paciente foi submetido à cardiomiectomia videolaparoscópica a Heller-Pinotti. Houve excelente resposta terapêutica, sendo que no 25º dia de pós-operatório, o paciente alegou que não havia disfagia, pirose ou regurgitação, houve boa aceitação da dieta líquida evoluindo para semipastosa, tendo perda ponderal de mais de 8kg. Recentemente, o paciente foi submetido a uma EDA que revelou passagem pelo cárdia sem qualquer resistência com evidências de válvula antirrefluxo competente, auxiliando na exclusão de pseudoacalasia, além do fato de o paciente ser jovem e não ter fatores de risco significativos para doença maligna. Por meio de todas as considerações investigativas explícitas, foi possível chegar ao diagnóstico de megaesôfago idiopático. Conclusão: A cardiomiectomia videolaparoscópica a Heller-Pinotti se mostra um método terapêutico promissor no tratamento da acalasia, relatando-se boa experiência com tal abordagem, no entanto, novos estudos se tornam necessários para aprimoramento da técnica cirúrgica e consequente maior benefício para o paciente com acalasia idiopática.

CORREÇÃO CIRÚRGICA POR TÉCNICA DE SERRA DÓRIA EM PACIENTE COM MEGAESÓFAGO GRUPO III

ANA VITORIA ROCHA ELIAS DIB, BRUNNA FELIPE CONTI, ISABELLA CHAVES LIRA CRUZ, LARA KAROLINE CAMILO CLEMENTINO, LUISA OLIVEIRA LEMOS, MARTINA ASCARI, MELISSA GIOVANUCCI

PUC-GO, PUC-GO, PUC-GO, PUC-GO, PUC-GO, PUC-GO, SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIÁS-SCMG.

Esôfago

Introdução: A doença de Chagas é uma afecção tropical que afeta cerca de 8 milhões de pessoas no Brasil e é considerada endêmica em Goiás. O protozoário causador da doença de chagas destrói o plexo nervoso esofágica, resultando em hipertonia do esfíncter esofágico inferior e redução do peristaltismo. Essas alterações repercutem em acalasia e megaesôfago. O quadro clínico é caracterizado por regurgitação, disfagia progressiva, dor retroesternal, disfunção gastrointestinal e podem estar presentes sintomas respiratórios, perda de peso e pirose. A esôfago-estomago-duodenografia (EED), a endoscopia digestiva alta e o raio X de tórax são métodos requisitados para seu diagnóstico. A classificação de Rezende, útil para avaliação terapêutica, apresenta 4 graus de megaesôfago. No grau I, tem-se a dificuldade de esvaziamento do órgão, sem dilatação, leve hipotonia e surtos de ondas terciárias; o grau II revela acalasia, leve a moderado aumento do calibre do esôfago e ondas terciárias mais frequentes. No grau III, o órgão tem evidente aumento do calibre com porção distal e acinesia total com violentas contrações. Já no grau IV, adiciona-se as alterações vistas no grau III à dilatação intensa do esôfago, que apresenta aspecto de “dolicomegaesôfago”. Em geral, o tratamento da doença é cirúrgico. Em casos não avançados recomenda-se a cardiomiectomia de Heller, já em casos avançados, indica-se esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia transmediastinal posterior, mucosectomia ou cirurgia de Serra Dória. Relato de Caso: Paciente 73 anos de idade, refere disfagia progressiva, associada a vômitos diários há cerca de um ano. Queixa-se ainda de trânsito intestinal lento, fazendo uso crônico de laxantes. O estudo da radiografia contrastada do esôfago-estômago-duodeno (REED) evidenciou megaesôfago grupo III, acalasia incipiente secundária a doença de Chagas e duodenopatia, relacionada a doença de base. Paciente submetido a correção cirúrgica realizada pela técnica de Serra Dória. Conclusão: A doença de Chagas é uma afecção tropical endêmica nas Américas. O megaesôfago chagásico constitui uma doença com curso evolutivo crônico e a escolha de condutas adequadas para cada situação é fundamental para o manejo satisfatório da doença, sendo a correção cirúrgica de Serra Dória indicada nos casos mais avançados, como relatado no caso apresentado.

DIVERTÍCULO DE ZENKER RECIDIVADO EM PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO ENDOSCÓPICO

MATHEUS SILVA DE PAULA ROCHA, MATEUS QUARESMA MENDONÇA, EDSON TADEU DE MENDONÇA

ACADÊMICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - REGIONAL JATAÍ, PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA (HUGOL), PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA (HUGO)

Esôfago

Introdução: o Divertículo de Zenker (DZ) é a saculação situada posteriormente na hipofaringe decorrente da evaginação tecidual através de uma área de fragilidade denominada Triângulo de Killian (1,2,4). Apresenta incidência anual de 2/100.000 e prevalência de 0,01% a 0,11%, com predominância em idosos do sexo masculino (1,2,4,6). O paciente pode ser assintomático ou se queixar de regurgitação, tosse, halitose, rouquidão, perda de peso, e principalmente, disfagia (1-6). Dentre os exames complementares diagnósticos, destaca-se o estudo baritado, preferencialmente fluoroscópico. Pode-se realizar, também, ultrassonografia cervical e endoscopia para investigar possíveis massas tireoidianas e malignidade intradiverticular, respectivamente (1,2,4,5). O tratamento pode ser cirúrgico ou endoscópico, normalmente destinados a pacientes sintomáticos. A escolha da técnica depende das dimensões do divertículo, comorbidades do paciente e experiências do profissional (1-6). Observou-se na literatura maior taxa de recidiva quando realizado procedimento endoscópico, a qual pode ser resultado de cricofaringeotomia insuficiente (1,2,4,6). Relato de caso: paciente masculino, de 59 anos, com histórico de Divertículo de Zenker tratado endoscopicamente há 8 anos pela técnica de laser de CO2. Refere melhora relativa dos sintomas após a cirurgia, com persistência de disfagia alta leve, regurgitação e acessos de tosse ocasionais. Há 6 meses, apresentou quadro de pneumonia aspirativa, e em endoscopia digestiva alta demonstrou-se divertículo faringoesofágico. Foi submetido a tratamento operatório, baseado em diverticulectomia por cervicotomia esquerda. O achado intra-operatório foi de fibrose local importante e divertículo de aproximadamente 3,5 cm no sentido longitudinal, submetido a ressecção associada a cricofaringeotomia. Após a cirurgia, paciente evoluiu bem, sem intercorrências, com melhora completa dos sintomas. Conclusão: o DZ é uma doença rara, provavelmente subdiagnosticada, que pode ser assintomática ou cursar principalmente com disfagia. O diagnóstico é confirmado com exames complementares e um dos tratamentos principais é o cirúrgico, normalmente destinado aos casos sintomáticos. Baseado na literatura, os tratamentos endoscópico e cirúrgico do DZ têm resultados comparáveis para segurança e efetividade, mas a pesquisa cirúrgica necessita de trabalhos que propiciem um maior nível de evidência para comprovação de sua superioridade sobre o tratamento endoscópico.

ESOFAGECTOMIA LAPAROSCÓPICA TRANSHIATAL: UMA SOLUÇÃO PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE ESÔFAGO?

ALANA LAYLA BUENO PRADO, EDUARDO BRENNER BUENO PRADO, JORDANA CARNEIRO RODRIGUES DA CUNHA, LETÍCIA DIAS FARIA, MARIANA PORTO BRITO, RAFAELA VIEIRA FROTA, SHEILA MARIA RIZZO FIGUEIRA RODRIGUES

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV) - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF), UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV) - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV) - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV) - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV) - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV) - APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV) - APARECIDA DE GOIÂNIA

Esôfago

OBJETIVO: Conhecer o número de internações e de óbitos por neoplasia maligna de esôfago, em brasileiros de 30 e 79 anos no período de 2008 a 2017, além de apresentar a importância da esofagectomia laparoscópica transhiatal (ELTH) no tratamento do câncer de esôfago. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão de literatura sobre ELTH e de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente às taxas de internação e de óbitos por neoplasia maligna de esôfago em brasileiros de 30 a 79 anos, no Brasil, entre 2008 e 2017. Os dados foram coletados na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Variáveis consideradas: CID – 10: neoplasia maligna de esôfago, faixa etária, sexo, raça, internações e óbitos. **RESULTADOS:** A partir do período analisado, constatou-se 147.794 internações de brasileiros entre 30 e 79 anos, sendo que a maior incidência esteve entre adultos de 50 a 59 anos, representando 48.870 casos ou 33%. Ao se levar em consideração o sexo, os homens foram os mais acometidos, sendo responsáveis por 77,7% dos casos. Dentre esse número de internações, 109.630 dos casos foram de pacientes brancos ou pardos, um número muito alto quando comparado aos 10.577 casos em pacientes negros. Quanto ao número de óbitos, foram registradas 23.221 mortes, sendo que 7.663 casos ou 33% ocorreram idosos de 60 a 69 anos. Levando em consideração todos esses números, nas últimas décadas, a cirurgia de ELTH ganhou popularidade e aceitação para tratamento do câncer de esôfago. Orringer et al. preconizam o isolamento do esôfago por meio de dissecação romba e às cegas. Pinotti propõe o acesso ao esôfago torácico através da transecção mediana do diafragma que permite a dissecação do esôfago sob visão direta, o que torna a técnica da ELTH mais segura e refinada. No entanto, é necessário completar o isolamento do esôfago proximal com dissecação romba por via cervical e por via abdômino-mediastinal, acrescentando morbidade ao procedimento, principalmente lesão pleural e sangramento intenso. **CONCLUSÃO:** A partir dos dados analisados, é possível perceber que a neoplasia maligna de esôfago é mais comum em homens, brancos/pardos, de 50 a 69 anos. Conclui-se, ainda, a ELTH é opção segura em centros com experiência em cirurgia esofágica e cirurgia laparoscópica avançada. A morbidade é menor, com recuperação mais rápida e retorno às atividades habituais precocemente. Logo, esta via de acesso deve ser considerada no tratamento das afecções do esôfago.

RECIDIVA DE MEGAESÔFAGO CHAGÁSICO PÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO POR CARDIOMIOTOMIA DE HELLER

LUISA OLIVEIRA LEMOS, ANA VITORIA ROCHA ELIAS DIB, BRUNNA FELIPE CONTI, ISABELLA CHAVES LIRA CRUZ, LARA KAROLINE CAMILO CLEMENTINO, MARTINA ASCARI, MELISSA GIOVANUCCI.

PUC-GOIAS, PUC-GOIAS, PUC-GOIAS, PUC-GOIAS, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÁS- SCMG

Esôfago

Introdução: A doença de Chagas afeta cerca de 8 milhões de brasileiros, sendo uma protozoonose tropical endêmica das Américas. O megaesôfago é um dos achados encontrados em pacientes que se encontram na fase crônica da doença e decorre da destruição do plexo nervoso presente na parede do esôfago. Tem como consequência a redução do peristaltismo e hipertonía do esfíncter esofágico inferior. O quadro clínico apresenta disfagia progressiva, regurgitação, dor retroesternal e pirose. O exame radiológico é um importante método diagnóstico e serve como base para a classificação do megaesôfago segundo Rezende, que categoriza a doença em 4 graus. A dilatação endoscópica do EEI com balão ou cardiomiectomia de Heller são indicados para pacientes com menor expectativa de vida, sendo que a dilatação fica reservada para casos iniciais ou para pacientes com risco cirúrgico elevado. Já a esofagectomia subtotal com esofagogastroplastia transmediastinal posterior, mucosectomia ou cirurgia de Serra Doria são indicados para casos avançados. Miotomia incompleta, cicatrização na área da miotomia, refluxo gastroesofágico com esofagite e megaesôfago grau IV são apontados como causas da recidiva da doença. A recidiva da cardiomiectomia de Heller ocorre, em média, de 10 a 15 anos pós-procedimento, podendo ser necessária nova abordagem. Nesses casos, pode ser indicado cirurgia de Serra-Doria ou esofagectomia, a depender das condições clínicas e prognósticas do paciente. **Relato de caso:** Paciente 65 anos, com história de cardiomiectomia de Heller há 15 anos, há seis meses passou a apresentar disfagia progressiva, com melhora após dilatação esofágica. Refere episódios de vômitos recorrentes. Nega perda de peso. O estudo radiológico (radiografia contrastada do esôfago, estômago e duodeno (REED) apresentou afilamento cônico distal do esôfago (acalasia) determinando aumento do seu calibre, com aparentes ondas terciárias. Não observado refluxogastroesofágico ou hérnia de hiato. Chega a um hospital universitário para programar Serra Dória. **Conclusão:** O megaesôfago constitui uma das principais complicações da doença de Chagas. A recidiva dos sintomas associados ao megaesôfago varia de 8 a 25% após tratamento cirúrgico e Cerca de 2 a 5% dos pacientes submetidos à cardiomiectomia de Heller desenvolvem a fase final da doença, evidenciada pela dilatação maciça do esôfago, retenção alimentar, doença do refluxo refratária a tratamentos ou a presença de lesões pré-neoplásicas.

PERFURAÇÃO ESOFÁGICA APÓS INGESTA DE CORPO ESTRANHO: UM RELATO DE CASO

LUCAS RASSI GARCIA, RENATO SOUZA LUZ PEDROZA, LUÍS MÁRIO MENDES DE MEDEIROS, CONJETO LUIZ DA SILVA NETO, FERNANDO FERREIRA RIOS, NORRARA AMANDA TELES MARTINS, ROBSON DE BRITO OLIVEIRA, FABIANO ALVES SQUEFF

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVÂNGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVÂNGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVÂNGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVÂNGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVÂNGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVÂNGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVÂNGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVÂNGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVÂNGÉLICA

Esôfago

INTRODUÇÃO: Perfurações esofágicas são lesões graves, em que necessitam de detecção e intervenção cirúrgica precocemente. Esta comorbidade possui baixa incidência na população, porém apresenta uma alta taxa de letalidade, aumentando consideravelmente quando são diagnosticadas tardiamente. **RELATO DE CASO:** Paciente, 22 anos, sexo masculino, atendido no Hospital de Urgências de Anápolis com relato de há três dias ter tido um engasgo com pedaço de carne seguido de hematêmese. Evoluiu com dor região epigástrica, foi realizado endoscopia digestiva alta (EDA) e encaminhado a esse serviço. O exame evidenciava grande laceração de mucosa, cerca de 5 cm, há 30 cm da arcada dentária superior com presença de tecido de granulação e fibrina. A admissão no serviço terciário encontrava-se hemodinamicamente estável, normocárdico e eupneico. Queixava dor em região torácica esquerda inspiratória dependente e estertores crepitantes em dorso de hemitórax esquerdo, sem dor em região cervical, abdome flácido e sem dor à palpação. Tomografia de tórax evidenciava coleção pleural posterior a esquerda com cerca de 13,5x8cm e pneumomediastino. Paciente encaminhado ao centro cirúrgico, onde foi evidenciado grande quantidade de secreção purulenta em cavidade pleural e em mediastino, lesão de aproximadamente 6 cm em esôfago torácico médio, há aproximadamente 12 cm do diafragma, com bordas friáveis e presença de fibrina. Devido à friabilidade do tecido e ao processo infeccioso local optou-se por inserir uma Prótese em T (utilizado prótese de Montgomery), a mesma conectada a um dreno tubular e exteriorizada. Realizou-se ainda a drenagem torácica fechada à esquerda e a passagem de sonda nasointestinal através da prótese esofágica. Paciente encaminhado à unidade de terapia intensiva, apresentou episódios de vômitos no segundo pós operatório, com perda da sonda nasointestinal, optado então pelo início de nutrição parenteral total, devido a indisponibilidade de endoscopia digestiva alta no serviço nesse dia. No terceiro pós operatório paciente evoluiu com Síndrome da Angústia Respiratória Aguda e instabilidade hemodinâmica. Paciente se encontra em Unidade de Terapia Intensiva em uso de vancomicina e meropeném. **CONCLUSÃO:** Diante do caso relatado, notamos a necessidade de diagnóstico precoce da perfuração esofágica, visto que esta é uma comorbidade de alta letalidade. Com isso pode-se diminuir consideravelmente as dificuldades cirúrgicas e melhorar o prognóstico do paciente.

RELATO DE CASO INÉDITO: TRATAMENTO TORACOSCÓPICO DE ATRESIA DO ESÔFAGO EM RECÉM-NASCIDO DE MÃE COM SÍNDROME DE DOWN

ANA JÚLIA DE SOUZA FRANCO, PAOLA MOURA CARVALHO, ANDERSON DE SOUSA ROCHA, TALITHA GISELE CLEMENTE GONÇALVES, LUCAS MORAIS TORRES, CAROLINA PEREIRA VIEIRA, MATHEUS PHILLYPI JACOMO RIBEIRO, EDWARD ESTEVES

FACULDADE ALFREDO NASSER, APARECIDA DE GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, APARECIDA DE GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, APARECIDA DE GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, APARECIDA DE GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, APARECIDA DE GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, APARECIDA DE GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, APARECIDA DE GOIÂNIA, HOSPITAL ARAÚJO JORGE, GOIÂNIA; HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFG, GOIÂNIA; IGOPE, GOIÂNIA

Esôfago

Introdução: Em 50 anos, a literatura médica mostra apenas cerca de 55 casos de mães portadoras de síndrome de Down - trissomia do cromossomo XXI - que geraram filhos, sendo somente um no Brasil (São Paulo). Houve vários relatos de malformações, mas nenhuma com atresia do esôfago ou operadas por videocirurgia. Várias pesquisas confirmam as vantagens da videocirurgia sobre as cirurgias abertas. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso inédito com esta anomalia tratado com sucesso por videotoracoscopia. **Relato do caso:** GAF, feminino, 37 anos, portadora de síndrome de Down, engravidou, teve polidrâmnio e parto normal. A criança do sexo masculino nasceu com 38 semanas gestacionais, 2.980 gramas, atresia do esôfago (tipo III ou C) com fistula traqueoesofágica distal - confirmados pela sondagem impossível e radiografia de tórax - e abdome com ar em alças intestinais. O Ecodiagrama e outros exames não demonstraram alterações. Foi submetido à cirurgia por videotoracoscopia direita no segundo dia de vida, com 3 orifícios de 3mm e pinças finas, pneumotorax de 6mmHG, ótica 2.7mm. Foram realizadas ligadura transfixante (prolene 5-0) e secção da fistula, liberação dos cotos e anastomose esofágica término-terminal com 6 pontos separados de prolene 5-0. A sonda transanastomótica permitiu dieta com fórmula no 2º dia pós-operatório. Paciente evoluiu bem, recebeu alta no 8º dia pós-operatório, assintomático, e está em acompanhamento ambulatorial com medicamentos antirefluxo (omeprazol e domperidona). **Conclusão:** Algumas mulheres com síndrome de Down conseguem engravidar e a prole pode apresentar anomalias congênitas, como a atresia esofágica, nunca antes reportada. A atresia esofágica é a anomalia congênita mais comum do desenvolvimento do esôfago, caracterizando-se por uma ruptura da sua continuidade, com uma prevalência de cerca de 1 em cada 2500 a 4500 nados vivos. Esta anomalia pode ser bem tratada, sem complicações, por videocirurgia, com suas conhecidas vantagens em relação às cirurgias abertas antigas.

RELATO DE CASO: CIRURGIA DE SERRA DÓRIA EM MEGAESÔFAGO IDIOPÁTICO
 PAULO TADEU SILVA CAMPOS, ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES, ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO, EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA, NATHALIA AIDAR BITTAR, NATHALIA TAVARES DA SILVA, MARIA ANGELICA ELOI FRANCO, PAULINA INACIO PROTASIO MUSSE PUC-GOÍÁS, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA

Esôfago

Relato de caso: o megaesôfago é uma doença que altera o peristaltismo do esôfago devido a destruição ou ausência dos plexos nervosos intramurais do esôfago determinando ausência de peristaltismo, presença de contrações ternárias e dificuldade de relaxamento parcial ou total do esfíncter esofágico inferior (EEI). Pode ser classificado em primário ou secundário, sendo a etiologia do primário pouco conhecida. Paciente, 53 anos, natural de Terra Boa-PR, operado de caldeira, procurou o serviço de cirurgia geral por queixas de pirose, epigastralgia, regurgitamento, plenitude pós-prandial, náuseas, vômitos e disfagia progressiva há 5 anos. Refere perda de mais de 13kg no último ano. Nega possuir doenças de base e uso de medicações. Nega etilismo e tabagismo, parando em 2004 com carga tabágica de 20 anos/maço e ingestão de 300ml de destilado diário por 20 anos. Relata que morou em fazenda e que possui irmã com doença de Chagas. Ao exame físico estava em mal estado geral, corado, hidratado, afebril, acianótico e consciente. Apresentava ritmo cardíaco regular, com bulhas normofonéticas e sem sopros, com murmúrio vesicular fisiológico bilateral e sem ruídos adventícios. Abdome normotenso, sem visceromegalias e dor a palpação, com ruídos hidroaéreos presentes. Apresentava, em 2017, teste de ELISA para T. cruzi negativo, radiografia de tórax com leve aumento de área cardíaca, endoscopia digestiva alta com megaesôfago e pangastrite crônica leve, eletrocardiograma normal, esofagomanometria com aperistalse esofageana completa e EEI normotenso com relaxamento incompleto e esofagografia contrastada com retardo de esvaziamento, aumento do calibre e ondas terciárias de contratilidade no esôfago com cárdia afilada. Foi realizado o diagnóstico de megaesôfago grau III de Mascarenhas e optou-se pela realização de cirurgia de Serra Dória. Apresentou pós-operatório sem alterações, iniciou-se dieta oral no 2º dia de pós-operatório e recebeu alta no 7º. Encontra-se com disfagia reduzida e sem intercorrências. Conclusão: o megaesôfago idiopático é um diagnóstico diferencial de doenças de alta prevalência. Destaca-se que a técnica de Serra Dória é pouco utilizada e estudada nos casos de megaesôfago idiopático por não se apresentarem em estados avançados, justificando-se a necessidade de mais relatos.

A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ÚLCERA PÉPTICA: RELATO DE CASO
 THALLYTA OLIVEIRA LOPES, ALINE VIEIRA MORAES ESSADO, ROSSANA GARCIA ELOY PIMENTA, MARIA EUGÊNIA BENEVIDES CUNHA
 FACULDADE ATENAS, FACULDADE ATENAS, FACULDADE ATENAS, FACULDADE ATENAS

Estômago/duodeno/intestino delgado

Introdução: As úlceras pépticas são causadas por aumento nos fatores agressivos e/ou redução nos fatores defensivos, acarretando lesão na mucosa do trato gastrointestinal. É uma das doenças gastrointestinais mais prevalentes e onerosas, devido às altas taxas de incidência e hospitalização. Objetivo: Relatar a importância do diagnóstico e intervenção precoce de uma úlcera péptica, para evitar as possíveis complicações que levam o paciente a cirurgia, onerando o sistema. Relato de caso: Paciente feminino, 72 anos, compareceu a emergência do HMP, referindo dor abdominal difusa há 20 dias, associado a vômitos persistentes e hiporexia. Ao exame, abdome distendido, Ruídos Hidroaéreos diminuídos, timpânico à percussão e doloroso à palpação difusamente. RX de abdome: alças intestinais distendidas e pneumoperitônio. Realizado laparotomia exploratória, evidenciando moderada quantidade de líquido sero-purulento na cavidade abdominal e úlcera péptica duodenal perfurada. Sendo necessário ulcercetomia e refia da úlcera com fechamento transvicular, lavagem intensiva da cavidade abdominal, sutura por planos, e administração de antibioticoterapia por 14 dias. No 7º dia pós-operatório, a paciente apresentou dor abdominal intensa e desnutrição, associado à hipoalbuminemia, sendo submetida à relaparotomia devido à deiscência de aponeurose. A paciente evoluiu com melhora importante do quadro, recebendo alta hospitalar no 10º dia de internação. Discussão: Na úlcera péptica, o paciente queixa-se de sintomas inespecíficos como epigastralgia intensa, sendo caracteristicamente aliviada após a ingestão alimentar. Apresenta causa multifatorial, com destaque para a presença de H. pylori e o uso prolongado de AINES, sendo a região duodenal a mais acometida. A úlcera péptica perfurada é uma das complicações mais comuns, na qual, apresenta um quadro súbito de dor abdominal difusa de início bem determinado, associado a náuseas e vômitos, RHA reduzidos ou abolidos. Em casos graves, a contaminação da cavidade abdominal leva a peritonite, e se não houver tratamento adequado o paciente pode evoluir em sepse. No RX de abdome a presença de pneumoperitônio confirma o diagnóstico. Conclusão: O caso evidencia a dificuldade e a importância no diagnóstico clínico inicial de úlcera péptica. Nessa perspectiva, o início precoce do tratamento não só evitaria futuras complicações, como também diminuiria a necessidade do procedimento cirúrgico como forma de tratamento.

SÍNDROME DE BOERHAAVE- UM RELATO DE CASO

PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES, ROBSON DE BRITO OLIVEIRA, NORRARA AMANDA TELES MARTINS, CONJETO LUIZ DA SILVA NETO, FERNANDO FERREIRA RIOS, FABIANO ALVES SQUEFF, WILSON JOSÉ DE SENA PEDRO.

ACADÊMICA DE MEDICINA - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA DE CIRURGIA GERAL - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA DE CIRURGIA GERAL - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA.

Esôfago

INTRODUÇÃO: A ruptura esofágica espontânea é conhecida como síndrome de Boerhaave. Considerada a perfuração mais letal do trato gastrointestinal, com elevada taxa de mortalidade, entre 35 a 40%. A ruptura esofágica é decorrente de um súbito aumento na pressão interna do esôfago, precipitada, principalmente, durante episódios de vômitos. A apresentação clínica típica é caracterizada pela tríade de Mackler - vômito, dor torácica e enfisema subcutâneo. RELATO DE CASO: Paciente, 77 anos, masculino, admitido no Pronto Socorro do Hospital de Urgências de Anápolis (HUANA) com história de vômitos com rajadas de sangue após quadro de gastroenterite aguda. À admissão, três dias após o episódio de vômitos com sangue, apresentava-se com dor torácica, dispnéia, taquipnéia, taquicardia e enfisema subcutâneo em região cervical. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular abolido à esquerda. Radiografia de tórax evidenciando hidropneumotórax importante à esquerda. Procedeu-se com drenagem torácica com débito de 800ml de secreção purulenta. A tomografia computadorizada de tórax evidenciava pneumomediastino, derrame pleural de moderado volume à esquerda e espessamento pleural. Prosseguiu-se a investigação com uma endoscopia digestiva alta que evidenciou orifício fistuloso de 0,8 cm em parede ântero-lateral do esôfago com margem interna revestida por fibrina. Foi realizada terapia endoscópica com aplicação de três hemoclipes na tentativa de ocluir o orifício, apesar deste apresentar bordas friáveis. Durante internação houve diminuição significativa do débito do dreno torácico e o conteúdo tornou-se seroso no décimo quinto dia de drenagem. No entanto, o mesmo evoluiu com sepse de foco pulmonar, progredindo com piora clínica, necessitando de intubação orotraqueal e internação em unidade de terapia intensiva. A despeito da antibioticoterapia de amplo espectro, o paciente progrediu para um quadro de choque séptico e óbito. CONCLUSÃO: A apresentação muitas vezes atípica e a raridade desta entidade, normalmente conduzem à demora no diagnóstico e requerem exames especializados para identificar a fistula esofágica. Portanto, jamais devemos esquecer de tal hipótese diagnóstica no dia a dia da sala de emergência. A Síndrome de Boerhaave é uma doença de manifestação clínica variável, levando muitas vezes a um diagnóstico tardio, à sérias complicações e à óbito.

ANÁLISE DAS GASTRECTOMIAS ONCOLÓGICAS EM GOIÁS, DE 2008 A 2017

THIAGO MELANIAS ARAUJO DE OLIVEIRA, ERNANE ARANTES XAVIER, GEOVANA LOUISE FRANCO, PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA ALCANTARA PANIAGO, TAYNARA CARRIJO MOREIRA, HELOISA SILVA GUERRA

UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV.

Estômago/duodeno/intestino delgado

Objetivo: Avaliar a quantidade de procedimentos de gastrectomia oncológica, total e parcial, no estado de Goiás, entre os anos de 2008 a 2017. Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, de dados obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Foi quantificado o número de gastrectomias oncológicas parciais e totais realizadas entre os anos de 2008 a 2017 em Goiás. Os resultados para as gastrectomias foram agrupados em: (1) Gastrectomia Total em Oncologia (GTO); e (2) Gastrectomia Parcial em Oncologia (GPO). Resultados: Obedecendo aos critérios de apresentação, foram realizados 375 procedimentos de gastrectomia oncológica total e parcial em Goiás, no período de 2008 a 2017. Entre os procedimentos cirúrgicos, foram realizados 306 GTO e 69 GPO. Observou-se que de 2008 a 2012 todas as gastrectomias realizadas foram da modalidade total, (sem registros de gastrectomia parcial nesse período). De 2012 para 2013, houve queda de 81,4% no número de GTO. A tendência de queda permaneceu, com 8 procedimentos realizados tanto nos anos de 2013, 2014 e 2015 e 6 procedimentos realizados em 2016 e também em 2017. Quanto às GPO, foram 8 casos em 2013, 22 casos em 2014 e padrão de queda até 2017. O CA gástrico possui prognóstico ruim, e o tratamento cirúrgico representa a única chance curativa. Quanto às GTO serem mais frequentes que as GPO, pode estar relacionado ao fato de que os tumores do terço proximal e médio do estômago, linite plástica e tumor difuso possuem indicação de gastrectomia total. A diminuição do número de gastrectomias está de acordo com a diminuição da incidência de CA gástrico, mas ainda mantém mortalidade alta. Os estudos epidemiológicos sobre CA gástrico e seus procedimentos terapêuticos, em conjunto com a análise de seus padrões de ocorrência, auxiliam na importância para a prevenção no combate aos fatores de risco da doença. Conclusões: Dentre os resultados descritos, observa-se que a maior parte dos procedimentos de gastrectomia foram do tipo total (GTO), com 306 realizações, correspondendo a 81,6% do total. Essa constatação pode estar relacionada ao fato de que os tumores do terço proximal e médio do estômago, linite plástica e tumor difuso possuem indicação de gastrectomia total. A diminuição do número de gastrectomias está de acordo com a diminuição da incidência de CA gástrico, mas que ainda mantém mortalidade alta.

APENDICITE COMPLICADA E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE: UM RELATO DE CASO

ISABELLA FERNANDES, DEBORAH ROBERTA LIDUARIO RAUPP, JULIANA KÉSIA ARAÚJO DA FONSECA, CAROLINA DE SENA MASERA, REBECA BÁRBARA DA SILVA RIOS, DERVAL PEREIRA PINTO JUNIOR, WLADIMIR FERNANDES BEZERRA, JORDANA NOGUEIRA GOMES
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA.
Estômago/duodeno/intestino delgado

Introdução: A apendicite é a causa mais comum de abdome agudo. Caracteriza-se por quadro de intensa dor abdominal difusa, com posterior localização em fossa ilíaca direita, associada a febre, náuseas e hiporexia. A perfuração do apêndice cecal, causa peritonite localizada ou generalizada, sepse e evoluindo ao óbito. Relata-se caso de evolução desfavorável de apendicite aguda associada a demora entre o início dos sintomas e o diagnóstico da afecção. Relato de Caso: D.A.R., 26 anos, procurou pronto socorro do Hospital Regional de Taguatinga, no dia 20/11/17 com história de dor abdominal difusa há 10 dias. A tomografia computadorizada (TC) apresentou sinais de apendicite aguda perfurada. Foi submetido à Laparotomia Exploratória (LE) evidenciando apendicite aguda complicada com necrose e abscesso, realizado drenagem de 1,5L de secreção purulenta, apendicectomia convencional, lavagem de cavidade e fechamento em bolsa de Bogotá com programação de re-abordagem em 24 horas. No pós-operatório desenvolveu choque séptico grave. No 17º PO foi levado à nova abordagem evidenciando abdome congelado com grande quantidade de fibrina entre alças intestinais e grande quantidade de sangue e coágulos na cavidade, sem sangramento ativo. Ainda mantendo em estado grave, no 19º PO o paciente foi submetido à outra LE revelando novo abdome congelado e fístula de delgado em parede anterior não sendo possível avaliar exata localização devido às aderências. Evoluiu com melhora na UTI porém no 54º PO apresentou hemorragia pelo curativo da peritoniotomia, foi submetido a nova reabordagem cirúrgica, evidenciando abdome congelado com 2 fístulas em delgado, realizado fechamento primário das fístulas e confecção de bolsa de Bogotá. Após última intercorrência evoluiu bem, apresentou descência das fístulas, porém se manteve estável clinicamente, foi optado por tratamento conservador, com dieta zero e NPT, recebeu alta da UTI. Evoluía bem na enfermaria com epitelização da peritonectomia, porém no dia 11/04/18, evoluiu novamente a choque séptico, o que culminou em seu falecimento em 15/04/18. Conclusão: A compreensão de seu manejo pré-operatório é fundamental, uma vez que o diagnóstico correto e precoce previne o surgimento das patologias, como relatado no caso supracitado. Dessa forma, o estadiamento da evolução da doença é importante para avaliar a gravidade e o prognóstico, além de subsidiar elaboração de protocolos de orientação terapêutico-assistencial e de pesquisa.

DIVERTICULITE COMPLICADA DE JEJUNO: RELATO DE CASO

LUCIANO IPÓLITO BRANQUINHO, BYANCA ROSSETTI MOREIRA DOS SANTOS, CAROLINA BELON ZAGO, VITORIA ROSSETTI MOREIRA DOS SANTOS, DANIEL PALOMARES JUNIOR, , ,
HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN - CAMPO GRANDE/MS, HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN - CAMPO GRANDE/MS, HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN - CAMPO GRANDE/MS, UNIDERP, UNIDERP
Estômago/duodeno/intestino delgado

A doença diverticular é predominante no intestino grosso. Divertículos de intestino delgado são uma entidade rara, e na maioria das vezes assintomático, porém pode haver complicações, como perfuração, inflamação, obstrução ou hemorragia. OBJETIVO: Descrever um caso de diverticulite perfurada de jejuno em paciente previamente assintomática, do sexo feminino, idosa. MÉTODO: Para o relato do caso foram utilizados os dados coletados pela equipe médica, imagens do intra-operatório e dos exames de imagem. RESULTADOS: Paciente VRP, 89 anos, com história de dor em fossa ilíaca direita há 2 dias, associado a hiporexia, queda do estado geral, hiporexia e vômitos. Ao exame físico de entrada apresentava-se taquicárdica, estável hemodinamicamente, abdome distendido, doloroso a palpação em fossa ilíaca direita, sem sinais de irritação peritoneal e com plastrão palpável. TC de abdome evidenciou pneumoperitônio e grande bloqueio em fossa ilíaca direita. Durante laparotomia exploradora evidenciado diverticulite de jejuno, com perfuração local, líquido livre purulento em pelve. Realizado enterectomia do segmento com anastomose primária. Evoluiu com necessidade de vasopressores e internação em terapia intensiva. DISCUSSÃO: Os divertículos de intestino delgado são incomuns e assintomáticos na ausência de complicações. Predominam na borda mesentérica da alça, são pseudodivertículos, já que são apenas cobertos por mucosa. Predominam em homens acima dos 40 anos. Sua fisiopatologia está relacionada com dismotilidade intestinal e aumento das pressões intra-luminais, embora possam ser congênitos. O diagnóstico diferencial está relacionado com outras causas de abdome agudo inflamatório, como apendicite aguda, pancreatite e colecistite. A TC de abdome é o exame de escolha para diagnóstico. No caso, havia uma forte suspeita de apendicite aguda, já que a dor predominava em fossa ilíaca direita e havia plastrão local. Não existe consenso quanto ao tratamento da doença diverticular do delgado assintomática, porém os casos complicados devem ser tratados cirurgicamente. A mortalidade persiste alta, em torno de 30%. CONCLUSÃO: A importância do diagnóstico precoce e tratamento cirúrgico de urgência fazem a diferença no prognóstico do paciente, já que o atraso no tratamento aumenta a mortalidade.

APRESENTAÇÃO INCOMUM DE GIST DE DELGADO: UM RELATO DE CASO

JÉSSICA CAIXETA SILVA SAMPAIO, MATEUS QUARESMA MENDONÇA, ISABEL ARAÚJO PEIXOTO, RENATA MARTINS DAYREL, GUSTAVO CARNEIRO REZENDE, MARCELO ARON FREITAS, ANDRÉ GUIMARÃES ARAÚJO, DANILLO MENEZES BASTOS
UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA, GOIÂNIA, HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA, GOIÂNIA, HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA, GOIÂNIA, HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA, GOIÂNIA, HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA, GOIÂNIA, HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA, GOIÂNIA, UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS, UNIEVANGÉLICA, ANÁPOLIS.
Estômago/duodeno/intestino delgado

INTRODUÇÃO: O tumor estromal gástrico (GIST), apesar de raro, representa a neoplasia mais comum de células mesenquimais do trato gastrointestinal e acomete principalmente pacientes acima de 50 anos de idade, sem predileção pelo sexo. Entre suas manifestações clínicas, destacam-se anemia, hemorragia gastrointestinal, dor abdominal e massa palpável. O principal tratamento reside na ressecção cirúrgica completa com margens negativas, mas ultimamente a terapêutica com inibidores de tirosina-quinase tem ganhado cada vez mais importância. RELATO DE CASO: O caso clínico relatado é de um paciente de 57 anos, apresentando queixas de dor abdominal em baixo ventre, com irradiação para região lombar bilateral, associada à inapetência e febre (38°C), com 2 meses de evolução. Apresentava-se em regular estado geral, hipocorado, com massa palpável e dolorosa em mesogastro e hipogastro. A tomografia computadorizada (TC) de abdome mostrou presença de grande lesão sólido-cística na região inferior e mediana do abdome, medindo 11,5 x 10,2 x 8,5 cm, com volume estimado de 520 cm³. Paciente foi submetido à laparotomia exploradora; evidenciado lesão com origem em delgado, sendo submetido à enterectomia segmentar de aproximadamente 10 cm à 130 cm do Treitz, anastomose primária em dois planos e ressecção completa da lesão, que apresentava necrose e abscesso. O laudo histopatológico e imunohistoquímico revelaram GIST em origem em jejuno. Paciente apresentou boa evolução pós operatória, sendo encaminhado para seguimento oncológico com imatinib. CONCLUSÃO: O estudo revelou uma apresentação atípica de GIST com origem em intestino delgado e manifestações clínicas inespecíficas, reforçando a necessidade de considerá-lo como diagnóstico diferencial nas lesões sólido-císticas do trato gastrointestinal.

DOR ABDOMINAL CRÔNICA NA CRIANÇA E O DESFIO DIAGNÓSTICO: UM CASO CLÍNICO
FERNANDA MENDES DE PAULA, VITÓRIA REZENDE MEGALE BERNARDES, JULLY MIRANDA PORTO, CONJETO LUIZ DA SILVA NETO, FERNANDO FERREIRA RIOS, NORRARA AMANDA TELES MARTINS, ROBSON DE BRITO OLIVEIRA, DÉCIO DA SILVA ROCHA VIDAL
UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE ANÁPOLIS.
Estômago/duodeno/intestino delgado

Introdução: A dor abdominal crônica recorrente é queixa frequente em pediatria e necessita de uma avaliação clínica minuciosa no sentido de dirigir o médico para o diagnóstico correto. Durante o período de desenvolvimento embrionário podem ocorrer alterações na rotação e na fixação do intestino e essas alterações desencadearem repercussões clínicas. As falhas nos processos de rotação e de fixação embriológicas culminam nas anomalias de rotação do intestino, sendo uma delas as Bandas de Ladd, que podem comprimir o duodeno e ocasionar sua obstrução. Relato de caso: Criança de 4 anos admitida na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis com história de há 15 dias ter iniciado dor abdominal associada a hiporexia e que evoluiu nos últimos três dias com vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos. Mãe refere que criança sempre apresentou dores abdominais de forma recorrente desde a época perinatal com melhora após o uso de sintomáticos. Criança apresentava-se na admissão com crescimento e desenvolvimento adequado para a idade, ao exame desidratada, com dor à palpação abdominal difusa e sem sinais de irritação peritonial. Na investigação clínica, ao exame de transito e morfologia do delgado, foi relatada presença de falha de enchimento da terceira porção do duodeno, determinando obstáculo a passagem do meio de contraste e dilatação da segunda porção do duodeno, com aspecto da invaginação da junção duodeno-jejunal. a suspeita diagnostica foi de intussuscepção. Paciente encaminhada ao centro cirúrgico, onde evidenciou- se quadro de má rotação intestinal com presença de bandas de Ladd determinando um quadro de semi oclusão intestinal. Realizado Lise de bandas de Ladd. O pós-operatório decorreu sem interferências. Conclusão: Devido à baixa prevalência deve-se manter um alto grau de suspeição para as tais em pacientes com o perfil epidemiológico condizente.

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR GIST DE INTESTINO DELGADO
BYANCA ROSSETTI MOREIRA DOS SANTOS, LUCIANO IPÓLITO BRANQUINHO, VITÓRIA ROSSETTI MOREIRA DOS SANTOS, DANIEL PALOMARES JÚNIOR
HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN - CAMPO GRANDE/MS, HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN - CAMPO GRANDE/MS, UNIDERP, UNIDERP.
Estômago/duodeno/intestino delgado

Sangramento digestivo de intestino delgado é uma causa rara de hemorragia digestiva, porém é responsável pela maioria dos casos de sangramento obscuro após endoscopia alta e colonoscopia normais. Entre as causas de sangramento estão os tumores estromais. Métodos: Descrever um caso de hemorragia digestiva oculta, atendido no HRMS, causado por sangramento de tumor estromal, localizado em jejuno, terapias clínica e cirúrgica realizadas.
Resultados: Paciente 71 anos, sexo feminino, com história de melena há dois dias, cerca de 3 episódios ao dia, associado a hipotensão postural. Ao exame de entrada apresentava sinais de choque. Exame físico abdominal inocente. Toque retal com sangue em dedo de luva sem outras alterações. Realizada endoscopia e colonoscopia sem evidências de lesões. Na tomografia localizou-se massa em jejuno, próximo a ângulo de Treitz, captante de contraste em fase arterial. Na arteriografia localizou-se a mesma lesão, com extravasamento ativo de contraste. Realizada cirurgia de urgência com localização de lesão extremamente vascularizada, compatível com GIST a 7 cm do angulo de Treitz. Realizada ressecção da lesão com margem de 5 cm e jejunostomias descompressiva e alimentar. Discussão: Pacientes com quadro de hemorragia de origem obscura, com estabilidade hemodinâmica devem ser submetidos a avaliação do intestino delgado, seja com cápsula endoscópica, enterografia com duplo balão ou arteriografia. No caso, a arteriografia identificou sítio de sangramento ativo e foi decisivo para nortear o tratamento cirúrgico. O tumor estromal gastrointestinal (GIST) é um tumor mesenquimal, cuja localização principal é o estômago. Ocasionalmente pode ocorrer no intestino delgado. Geralmente são assintomáticos. A apresentação clínica inicial mais frequente é com sangramento de origem oculta (28% dos casos)¹. O tratamento consiste em ressecção cirúrgica com margens livres. A disseção linfonodal não é rotina, uma vez que sua disseminação é predominantemente hematogêica para o fígado. A indicação do uso do inibidor da tirosino-quinase (imatinibe) seria nos casos de recorrência, metástases ou lesões irressecáveis²

EFEITOS DA CIRURGIA METABÓLICA E ALTERAÇÕES NA ANATOMIA GASTROINTESTINAL NO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS 2
MARIELLE LAMAR MARTINS BARROS BATISTA, KAMILA SANTOS NASCIMENTO, AMANDA SILVEIRA NEVES, CAROLINA RODRIGUES ADORNO, MATEUS LUIZ PEREIRA DE SOUZA, NÚBIA GUEDES DA PAIXÃO, GABRIELA BAZZAN GORSKI, MARIELLA ZANCHETT
UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIRVERSIDADE DE RIO VERDE CAMPUS- APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA
Estômago/duodeno/intestino delgado

Objetivo: O presente estudo objetivou realizar uma revisão sobre melhor orientação para indicar a cirurgia em pacientes diabéticos, revelando os benefícios da Cirurgia Metabólica e do rearranjo da anatomia intestinal pós reconstrução em Y Roux. Método: A busca na literatura envolveu as bases de dados SciELO, LILACS e MEDLine, no período de 2014 a 2017, que apresentaram os unitermos “Obesidade”, “Diabetes Mellitus”, “Cirurgia Metabólica” e “Bypass Gástrico”. Estes, por sua vez, basearam-se nos estudos de técnicas cirúrgicas nos tratamentos da obesidade e, por consequência, na cura do diabetes tipo mellitus tipo 2 (DM2). Resultado: Por meio dos artigos analisados, é possível constatar que a cirurgia Metabólica melhora acentuadamente a DM2 sem relação direta com a perda ponderal. Uma das primeiras grandes séries de cirurgia em pacientes diabéticos é estudo Greenville no qual 165 pacientes diabéticos foram operados pelo by-pass gástrico e 83% permaneceram em remissão do DM em 14 anos de seguimento. Intervenções gastrintestinais em pacientes com DM2 com Índice de Massa Corporal (IMC) ≤ 35 kg / m² apresentam segurança e eficácia semelhantes quando comparados a grupos com maiores IMCs, levando à melhora do diabetes de maneira superior ao tratamento clínico e mudanças no estilo de vida, em parte através de mecanismos independentes de perda de peso. De fato, o IMC isolado não é ferramenta ideal para avaliar-se a relação risco benefício dos pacientes com diabetes. Entre os vários mecanismos prováveis para controle glicêmico pós Y Roux pode-se notar que a exclusão do duodeno e jejuno proximal inibe a secreção de um sinal que promove a resistência insulínica, reduz a ingesta alimentar e aumenta sensibilidade à insulina. Conclusão: O DM é uma doença crônica, que deve ser radicalmente tratada, afim de evitar complicações crônicas e obter uma melhora geral na qualidade de vida. Embora sejam necessários mais estudos clínicos para demonstrar benefícios, já existem evidências fisiopatológicas para sustentar a inclusão da cirurgia no tratamento do diabetes, considerada superior ao tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida. A técnica indicada é a DGYR, existindo a possibilidade de indicação da gastrectomia vertical para casos contraindicados para a primeira opção.

LINFANGIOMA CAVERNOSO RETROPERITONEAL: UM RELATO DE CASO
PEDRO FREIRE GUERRA BOLDRIN, ARIÉL SOARES FIGUEREDO, BEATRIZ BEZERRA DAL SANTO, CÉLIO PEREIRA GUÉRCIO, IRMTRAUT ARACI HOFFMAN PFRIMER, VICENTE GUERRA FILHO
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, ONCOLIVE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS.
Estômago/duodeno/intestino delgado

Introdução: “Linfangioma” é uma má-formação benigna do sistema linfático que pode ocorrer em qualquer lugar da pele e mucosas. De localização variável, predomina em regiões cervical e axilar e, eventualmente, no mediastino e retroperitônio. A gravidade das lesões se relaciona ao seu tamanho e topografia. Relato de Caso: Paciente feminina, 48 anos, com queixa de dor há 14 dias em fossa ilíaca direita (FID), contínua, cólica de intensidade moderada que durou até cinco dias, assintomática na consulta. Abdomen à palpação com presença de massa na FID. Fez-se ultrassonografia endovaginal, constatando-se pelve preenchida por quatro grandes cistos junto a outros menores nas periaças intestinais. Realizou-se estudo dopplervelocimétrico com achados de fluxo de alta resistência no local das lesões. Após análise, propôs-se hipótese diagnóstica de linfangioma. A ressonância da pelve revelou extensa lesão cística, multiseptada e multiloculada de limites indefinidos, com possível origem na região anexial direita, ocupando toda a pelve e estendida superiormente para o abdome, envolvendo as alças intestinais e mesentério. Procedeu-se à videolaparoscopia, observando-se lesões tumorais comprometendo mesos, peritônios até o grande omento, com pelve estava inteira bloqueada com vesículas de até 10 cm e aderências firmes. Iniciou-se a lise das aderências pélvicas até conseguir a liberação do grande omento. A lesão cística de 10 cm na FIE foi dissecada parcialmente, realizando-se seu destelhamento anterior, remanesecendo só sua parede posterior, onde se observou anexo esquerdo na base. Após a lise das aderências, pôde-se retirar as peças em punha de luva pela FID, separando-as peças em: lesões vesiculares pélvicas, grande omento e cisto em fundo de saco posterior esquerdo, encaminhando-as para análise anatomopatológica, que confirmou o diagnóstico de LCR. Alta hospitalar concedida no segundo dia pós-operatório. A partir do 51o dia, foi iniciada Alfainterferona2 recombinada sem intercorrência posterior. Conclusões: A laparoscopia diagnóstica foi essencial para diagnosticar LCR com o menor trauma endócrino-metabólico possível. A exérese do omento e de algumas lesões pélvicas e intraperitoniais proporcionaram melhora transitória das dores. A paciente está fazendo tratamento adjuvante com imunoterápicos para diminuí-las. O LCR compromete toda a drenagem linfática intraperitonal responsável por mobilização do excedente intersticial, levando a paciente à vulnerabilidade imunológicas.

Introdução: Divertículo de Meckel é uma saculação congênita do íleo distal que ocorre em 2 a 3% dos indivíduos. Em geral, localiza-se a cerca de 100 cm da válvula ileocecal e muitas vezes contém tecido ectópico gástrico ou pancreático. Os sintomas são incomuns, mas podem incluir sangramento, obstrução intestinal e inflamação (diverticulite). Relato de caso: Homem, 30 anos, deu entrada ao Pronto Socorro relatando dor em fossa ilíaca direita e febre há 3 dias. Ao hemograma encontrou-se discreta leucocitose, ultrassonografia sem alterações e descompressão brusca positiva (Sinal de Blumberg). Em primeiro momento foi diagnosticado com apendicite aguda, sendo rapidamente levado ao centro cirúrgico para realização de apendicetomia. Dessa forma, realizou-se uma laparotomia em ponto de McBurney, mas, para a surpresa, o apêndice encontrava-se sem alterações. Então, correu-se em alça intestinal e foi encontrado um divertículo de Meckel que havia sido perfurado por uma espinha de peixe ingerida pelo paciente. Realizou-se então diverticulectomia. Após 48 horas o paciente recebeu alta hospitalar. Conclusão: além dos divertículos de Meckel serem anomalias congênitas, a maioria cursa com quadros assintomáticos. Sendo assim, o diagnóstico ocorre, em sua maioria, pelo acaso. O tratamento dos divertículos dependerá do quadro clínico, se sintomático realiza-se diverticulectomia, se assintomático a conduta é controversa.

TRATAMENTO DE PRIAPISMO DE BAIXO FLUXO ATRAVÉS DE SHUNT CAVERNOSO- ESPONJOSO PELA TÉCNICA DE AL GHORAB – RELATO DE CASO

ROSANNE ARRUDA LEMOS, BRENDA DOS SANTOS MENDONÇA, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, ANA CAROLINA PINHEIRO MEDEIROS, LUANNA ARRUDA LEMOS, ALINE FERREIRA BORGES, DANIELLY VIEIRA DE MENEZES, ISABELLA RESENDE COELHO

UNIVERDISADE DE RIO VERDE-UNIRV, UNIVERDISADE DE RIO VERDE-UNIRV, UNIVERDISADE DE RIO VERDE-UNIRV, UNIVERDISADE DE RIO VERDE-UNIRV, CENTRO UNIVERSITARIO DE ANAPOLIS-UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITARIO DE ANAPOLIS-UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITARIO DE ANAPOLIS-UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITARIO DE ANAPOLIS-UNIEVANGELICA

Estômago/duodeno/intestino delgado

Introdução: Priapismo é uma condição patológica, caracterizada pela ereção persistente do pênis sem estímulo sexual. Existem dois tipos: alto fluxo quando não é isquêmico e baixo fluxo, quando há isquemia, sendo este o mais temível, devido às suas complicações, como a disfunção erétil. Relato de Caso: homem, 16 anos dá entrada em pronto atendimento de hospital, após três dias de ereção peniana dolorosa. Paciente com antecedentes de anemia falciforme e três episódios de priapismo controlados com medidas clínicas. Ao exame, pênis ereto com corpos cavernosos e glândula enrijecidos. Realizado hemograma e coagulograma sem alterações. Realizado gasometria de corpos cavernosos; PO₂: 0,5mmHg, PCO₂: 120mmHg e pH: 6,75 compatível com baixo fluxo. Como primeira medida foi feita aspiração do sangue intracavernoso sem sucesso, posteriormente foi aplicada injeção de fenilefrina 0,5 mg a cada 10 minutos com relativa melhora. Após 12 horas de observação em unidade de internação, paciente relatava dor intensa e piora da ereção peniana. Paciente encaminhado para centro cirúrgico, onde foi realizado shunt cavernoso-esponjoso, pela técnica de AL Ghorab, a qual consiste em incisão transversal dorsal em glândula peniana de mais ou menos um centímetro do sulco bálcão prepucial. Paciente com melhora da dor e da ereção em menos de 6 horas, e alta hospitalar em menos de 36 horas. Paciente em acompanhamento aproximadamente há um mês sem priapismo persistente. Conclusão: O priapismo de baixo fluxo assemelha-se a uma síndrome compartimental, assim considerada uma urgência urológica, sendo necessária sua resolução imediata. O diagnóstico é realizado através do quadro clínico, exame físico, gasometria dos corpos cavernosos e na dúvida, USG Doppler peniana. O tratamento inicial é realizado através da punção dos corpos cavernosos e administração de medicamentos adrenérgicos, como fenilefrina. Quando o tratamento inicial fracassa é realizado tratamentos mais agressivos como shunt cavernoso -esponjoso pela técnica de AL Ghorab. Na maioria das vezes o paciente pode evoluir com disfunção erétil, devido a fibrose do shunt ou até mesmo dos corpos cavernosos, o que não ocorreu no presente caso.

TUBERCULOSE INTESTINAL COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO: RELATO DE CASO

MARIO HENRIQUE BITAR SIQUEIRA, SILVANA CALAIS DE FREITAS, ANDREA AMALIA CAMPOS PIMENTEL, DEBORA SARA DE ALMEIDA CARDOSO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.

Estômago/duodeno/intestino delgado

Objetivo: relatar o caso de obstrução intestinal de um paciente devido a tuberculose intestinal diagnosticado apenas após avaliação anatomopatológica de peça anatômica de íleo distal. Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Resultado: W.C.L , 40 anos, masculino, negro, desempregado, natural e residente em Unai, Minas Gerais. Foi admitido no Hospital Universitário de Brasília pelo serviço de Cirurgia Geral com dores abdominais há 2 dias em flanco direito em forma de pontada com piora em decúbito lateral. Relata episódios de vômitos de com restos alimentares e hematoquezia quando teve início ao quadro de dor abdominal. Após 24h iniciou com parada de eliminação de flatos e fezes, negava quaisquer outro sintoma. Paciente tabagista e com histórico cirúrgico de laparotomia exploratória devido a úlcera gástrica perfurada. Não possuía outras comorbidades. Não tinha conhecimento de patologias familiares, mas sabia que seu irmão estava em tratamento para tuberculose. Ao exame físico em regular estado geral, hidratado, eufônico, normocorado, emagrecido, orientado, afebril. Sem alterações cardiológicas ou pulmonares ao exame. Abdome com cicatriz cirúrgica mediana xifopúbica, escavado, ruído hidroaéreo presente, doloroso à palpação em epigastro, sem sinais de irritação peritoneal. Realizada tomografia de abdome total que mostrou distensão gasosa em alças intestinais de delgado até íleo terminal. Conclusão: o paciente foi submetido a enterectomia de íleo distal com anastomose primária término terminal. Com boa evolução pós operatória com início de dieta apenas no terceiro dia pós operatório. Um dos principais diagnósticos diferenciais seria a doença de Crohn e neoplasias do cólon. A terapia cirúrgica está indicada nas complicações de tuberculose intestinal como: obstrução, perfuração, fistulas, hemorragias ou abscesso. Bibliografia: Is abdominal tuberculosis a surgical problem? Pattanayak.S; Behuria S; Ann R Coll Surg Engl. 2015 Sep 1;97(6):414-419, 2015 Sep 1//Intestinal tuberculosos versus crohn's disease: clinical and radiological recommendations, Sharma,R; Madhusudhan K,S; Ahuja. Indian J Radiol. Imaging,2016 Apr-Jun; 26(2): 161–172.// Abdominal Tuberculosis with a cocoon; Sarmast A.H; Showkat H.I;Sherwani, A; Kachroo et al. Iran Rede Crescent Med J 2012 Aug; 14(8): 503-504

RUPTURA DE CÁPSULA HEPÁTICA POR SÍNDROME HELLP

BYNACA ROSSETTI MOREIRA DOS SANTOS, LUCIANO IPÓLITO BRANQUINHO, VITÓRIA ROSSETTI MOREIRA DOS SANTOS, DANIEL PALOMARES JÚNIOR

HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN - CAMPO GRANDE/MS, HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN - CAMPO GRANDE/MS, UNIDERP, UNIDERP.

Fígado

A ruptura de cápsula hepática em decorrência da síndrome HELLP é uma complicação de elevada gravidade e difícil diagnóstico. Costuma cursar com choque grave e necessidade de abordagem rápida. Métodos: Descrever um caso de abdome agudo hemorrágico, atendido no HRMS, causado por ruptura de cápsula hepática por síndrome HELLP, bem como as terapias clínicas e cirúrgicas realizadas. Resultados: Paciente, sexo feminino, 30 anos, primigesta, idade gestacional de 39 semanas deu entrada com anasarca há um dia e dor em ombro direito iniciada há 5 horas, associada a hipotensão. Negou história de sangramento transvaginal. Em atendimento em unidade básica teve pressão arterial aferida de 180x110mmHg. Pré natal regular, sem intercorrências prévias. Ao exame físico, paciente com sinais de choque hipovolêmico, PA 53x22mmHg. Dor à palpação abdominal, difícil avaliação de peritonite devido a abdome gravídico. Feto com sinais de sofrimento agudo. Toque vaginal sem alterações. Realizada de cesárea de urgência. No inventário da cavidade, grande quantidade de sangue livre, útero íntegro e lesão extensa em segmento VI hepático, face anterior, compatível com ruptura de cápsula hepática com sangramento ativo. Optado por empacotamento hepático e Damage Control. Paciente seguiu em cuidados intensivos em CTI. Exames laboratoriais de entrada apontaram plaquetopenia (50mil), alargamento de INR e alteração de enzimas hepáticas , configurando síndrome HELLP. Na reabordagem paciente não apresentava mais sangramento, não sendo necessárias medidas adicionais. Paciente e recém nascido evoluíram bem. Discussão: A síndrome HELLP ocasiona ativação plaquetária, elevação de citocinas e vasoespasmo acarretando em obstrução sinusoidal e infarto hepático. Associado a isso, a hemólise microangiopática acarreta em depósito de fibrina dentro dos sinusóides resultando em áreas de necrose que podem apresentar sangramento e formação de hematoma subcapsular. A ruptura espontânea de cápsula hepática acomete menos de 2% dos casos de síndrome HELLP. A localização mais frequente de acometimento é a face ântero-superior do lobo direito do fígado, chegando a 75% dos casos. Sua ocorrência é mais frequente no terceiro trimestre e pode ocorrer até 48 horas após o parto. Quanto ao tratamento cirúrgico, pode-se utilizar o empacotamento hepático com compressas e reabordagem em 48 horas, aposição de paredes de epíplon na área acometida, quimioembolização por arteriografia ou ligadura da artéria hepática.

ABCESSO HEPÁTICO PIOGÊNICO POR CORPO ESTRANHO: UM RELATO DE CASO

GUILHERME SERONNI, LARA SILVA PAIXÃO, RAFAELLA OLIVEIRA CURTI, ALICIA CAROLINA RODRIGUES ROCHA, DANIEL OLIVEIRA ZAGO, PHELIPE GONÇALVES MENDES PIMENTEL, LUCIANA MORELLI CALDEIRA, MANOEL LEMES DA SILVA NETO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS E UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Fígado

INTRODUÇÃO O abscesso hepático piogênico é produto de uma infecção bacteriana que pode ser gerada por lesão penetrante direta para o fígado, incluindo-se nesta categoria a migração de um corpo estranho (CE). A clínica apresentada é diversa e inespecífica na maioria dos casos, com duração variada. O diagnóstico é feito por biópsia e cultura, mas a investigação com ultrassonografia ou tomografia é importante para determinar a localização e presença de complicações do abscesso. A terapia mais utilizada é a associação de antibióticos (ATB) e drenagem percutânea guiada por imagem. Quando o tratamento é ineficaz, deve-se suspeitar da presença de um corpo estranho, como relataremos a seguir. Identificando-se o corpo estranho, é recomendado a remoção cirúrgica e drenagem do abscesso. **RELATO DO CASO** Homem, 61 anos, admitido com febre, calafrios, hipotensão, dor abdominal; seguindo para UTI com hipótese diagnóstica de sepse e iniciada investigação etiológica. A TC, foi identificada lesão sugestiva de abscesso hepático e diagnóstico diferencial de neoplasia. Foi iniciado ATB com pouca melhora do quadro e no 6º dia de internação foi submetido à videolaparoscopia com biópsia para citologia e cultura, todos negativos. No 21º dia de internação foi submetido à drenagem percutânea com saída de material purulento, realizada lavagem diária das lojas com melhora do quadro e alta após 3 dias. A TC de controle evidenciou coleção intracavitária retro-hepática e imagem de 48 mm de corpo estranho (CE) intracavitário com extremidade localizada em contato com segmento I do fígado envolvida por uma coleção retro-hepática, sem demais repercussões. O paciente foi submetido a laparoscopia com retirada do CE sugestivo de espinho de peixe, drenagem do abscesso e ATB mantido por 14 dias. Após melhora clínica, em retorno, o paciente relatou que 6 meses antes, após refeição com ingesta de peixe apresentou epigastralgia, mal-estar geral e febre com melhora espontânea. **CONCLUSÃO** O abscesso hepático piogênico por CE é uma condição rara. Seu grau de suspeição é baixo e os pacientes em sua maioria desconhecem a ingestão do CE, além de que a clínica é diversa e inespecífica, confundindo-se aos mais variados quadros de dor abdominal. A dificuldade diagnóstica impede o tratamento resolutivo e definitivo nos casos de abscesso hepático por CE, o que aumenta os custos hospitalares e afastamento prolongado do paciente de suas atividades laborais.

HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE – RELATO DE CASO

CAMILA SILVA GARCIA, MARCELA CASSOL, NATHALIA JACOME OBEID, ELIÂNGELA FALCÃO GARCIA, IGOR SANTOS MACHADO FILGUEIRA, GABRIELLA SILVA GARCIA TAGAWA, IZABELA LUIÇA DE AMORIM, PAOLA MOURA CARVALHO

FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA, FACULDADE ALFREDO NASSER, GOIÂNIA.

Fígado

Introdução: Hemangioma é o tumor benigno mais comum do fígado, normalmente tal patologia é descoberta ao acaso durante realização de ultrassonografia, já que não apresenta sinais e sintomas, não necessita de tratamento cirúrgico, optando-se apenas pelo acompanhamento ambulatorial. Casos menos comuns são apresentados por hemangiomas com um diâmetro maior que 4,5 cm, ficando conhecido como hemangioma gigante. Existem fatores para o tratamento cirúrgico, sendo eles, as indicações absolutas, se houver ruptura, sangramento intra-tumoral, rápido crescimento e coagulopatia de consumo (síndrome de Kasabach-Merri); e as indicações relativas, se houver dor abdominal persistente, icterícia obstrutiva, hipertensão portal, tumores maiores que 5 cm, de localização superficial com risco de traumatismo e diagnóstico incerto. **Relato de caso:** MAGS, sexo feminino, 57 anos de idade, admitida com queixa de desconforto abdominal em epigástrio, acompanhada por distensão abdominal e diagnóstico prévio de hemangioma hepático gigante. Paciente não possuía exames realizados quando foi diagnosticado e não soube informar dimensões prévias. Ao exame físico apresentou-se descorada, anictérica, febril, abdome distendido, timpânico, doloroso à palpação e sem irritação peritoneal. Paciente realizou Ressonância magnética que evidenciou hemangioma em todo lobo esquerdo do fígado (segmentos I, II, III e IV). Foi realizado laparotomia e confirmada uma grande tumoração envolvendo todo o lobo esquerdo. Submetida a hepatectomia esquerda sem intercorrência e sem necessidade de transfusão de hemoderivados. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou se tratar de hemangioma hepático. O paciente recebeu alta no 12º dia de internação. Atualmente a paciente apresenta-se bem e sem nenhum sinal ou sintoma de recorrência da doença. **Conclusão:** Procedimento cirúrgico é obrigatório para hemangioma hepático gigante por apresentarem graves sintomas e na maioria das vezes apresentar caráter crescente.

METÁSTASES HEPÁTICAS DE MELANOMA EM PACIENTE TRANSPLANTADA CARDÍACA - RELATO DE CASO

GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA, FERNANDO MARCUS FELIPPE JORGE, LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE, MÁRIO HENRIQUE BITAS SIQUEIRA, BRUNO LUIS OLIVEIRA CORREA, DEBORA SARA DE ALMEIDA CARDOSO, ANDREA AMALIA CAMPOS PIMENTEL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Fígado

Objetivo: Relatar o caso de paciente receptora de transplante cardíaco, com diagnóstico intraoperatório de metástases hepáticas de melanoma. **Método:** análise retrospectiva do prontuário da paciente. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 63 anos, receptora de transplante cardíaco há 3 anos por miocardiopatia chagásica, com boa função do enxerto. Apresentou lesão em calcâneo direito, de surgimento 2 anos e 10 meses após o transplante cardíaco, sendo submetida a exereses com diagnóstico de melanoma melanocítico. 2 meses após a ressecção da lesão, apresentou quadro de dor abdominal intensa em hipocôndrio direito, associada a náuseas e vômitos. Realizou ultrassonografia de abdome, com achado de vesícula hiperdistendida, de paredes espessadas e múltiplos cálculos em seu interior. Foi percebida também hepatomegalia heterogênea. A paciente foi então submetida a cirurgia, com achado intraoperatório de colelitíase (realizada colecistectomia) e fígado de dimensões aumentadas às custas de múltiplas lesões nodulares difusas em todos os segmentos (realizada biópsia hepática). A análise histopatológica revelou a presença de múltiplos focos de melanoma maligno metastático. A paciente evoluiu com progressiva piora de estado geral, múltiplas lesões sugestivas de implantes nos pulmões e insuficiência renal, indo à óbito 13 dias após a cirurgia. **Conclusões:** A incidência de neoplasias malignas apresenta significativo aumento em pacientes submetidos a transplante de órgãos sólidos devido à imunossupressão utilizada. No caso desta paciente, chama a atenção a rápida evolução do melanoma, mesmo após a retirada da imunossupressão, e também o diagnóstico das metástases hepáticas, feito de forma incidental após suspeita radiológica inicial de colecistite.

MUCOCELE DO DUCTO CÍSTICO APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO: RELATO DE CASO

GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA, LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE, ANDRÉ LUIS CONDE WATANABE, NATÁLIA DE CARVALHO TREVIZOLI, FERNANDO MARCUS FELIPPE JORGE, LUIZ GUSTAVO GUEDES DIAZ, PRISCILA BRIZOLLA DE CAMPOS, MILLA CAROLINA COSTA LAFETÁ ARAÚJO

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Fígado

Objetivo: Relatar caso de mucocele do ducto cístico, complicação incomum do transplante hepático. Método: análise retrospectiva do prontuário da paciente Resultados: Paciente de 66 anos de idade, portadora de cirrose causada por deficiência de alfa 1-antitripsina, apresentando ascite importante e encefalopatia hepática. Foi submetida a transplante hepático cadavérico sem intercorrências, com reconstrução biliar do tipo coledoco-coledocoanastomose término-terminal, com pontos contínuos de polidioxanona 6-0, sendo a extremidade distal do ducto cístico incorporada à anastomose. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar no 14 dia pós-operatório com enzimas hepáticas dentro do valor da normalidade e assintomática. No retorno ambulatorial do 25 dia pós-operatório, a paciente apresentou elevação significativa da bilirrubina direta (de 0,4 para 5,5), sendo realizada Ressonância Magnética de Abdome Superior, que revelou imagem cística medindo 127x84 mm em hilo hepático, ocasionando compressão do hepatocolédoco e dilatação das vias biliares a montante. A paciente foi então submetida a laparotomia exploradora, com achado intraoperatório de volumosa mucocele do ducto cístico, com compressão extrínseca do hepatocolédoco. Devido ao íntimo contato entre a parede da via biliar principal e a mucocele, foi optado por realizar a ressecção completa da mucocele e derivação biliodigestiva em Y de Roux. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com normalização da bilirrubina após 4 dias do procedimento e alta hospitalar após 11 dias. Atualmente com 4 meses do transplante, a paciente encontra-se bem clinicamente e com boa função do enxerto. Conclusão: A mucocele do ducto cístico é uma complicação rara do transplante hepático, decorrente do fechamento cirúrgico da extremidade distal do ducto cístico ou da estenose da mesma, e pode cursar com compressão extrínseca da via biliar e colestase obstrutiva. O tratamento cirúrgico, com incisão e drenagem ou ressecção da mucocele é eficaz e pode ser associado a hepaticojunçãoanastomose conforme as condições da via biliar no momento da cirurgia.Referências: World J Transplant. 2017 Dec 24; 7(6): 359–363.Mucocele mimicking a gallbladder in a transplanted liver: A case report and review of the literature; World J Hepatol. 2015 Dec 18; 7(29): 2890–2895.Management of biliary complications after liver transplantation

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA ALCOÓLICA DO FÍGADO NO ESTADO DE GOIÁS ENTRE 2008 E 2017

HUMBERTO DE SOUSA PIRES FILHO, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, LUCIANO HELOU DE OLIVEIRA, LUCAS FELIPE RIBEIRO, NATHALIA FARIA DE PAULA, MARIA LUIZA PERES VILELA, BARBARA GRASSMANN REIS, LUIZA BUFAIÇAL RASSI RIBEIRO DO PRADO

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA

Fígado

Objetivos: Determinar o número de internações e óbitos no Brasil por doença alcoólica do fígado (DAF), a faixa etária e o sexo mais acometido por tais doenças, além do caráter de atendimento mais prevalente. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente às internações hospitalares por doença alcoólica do fígado em pacientes de todas as faixas etárias, por local de internação no Brasil, entre os anos de 2008 a 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) dos respectivos anos. A seleção da amostra foi realizada a partir da plataforma Informações de Saúde (TABNET), foram selecionados indicadores epidemiológicos e morbidade hospitalar, com a opção: Geral, por local de internação – a partir de 2008. Variáveis consideradas: região (Goiás), caráter de atendimento, sexo, faixa etária, óbitos e internações. Resultados: No estado de Goiás, entre 2008 e 2017, constatou-se 11.122 internações e 1.028 óbitos por DAF, marcando então uma taxa de mortalidade média de 9,24/100.000 habitantes. Houve oscilação no número de internações no período analisado, observando um aumento de 41,16% (saiu de 962 internações em 2008 para 1.358 internações em 2017). Em relação ao sexo, houve predominância no sexo masculino com 66,5% (n= 7.405) das internações. Quanto a faixa etária, a mais acometida para internações em homens e mulheres foi entre 40 e 49 anos; já em relação aos óbitos, predominou a idade de 50 a 59 anos em ambos os sexos. O caráter de atendimento foi majoritariamente de urgência, com 98% (n=10.910) dos casos. Conclusão: A partir dos dados coletados, percebe-se a alta prevalência de DAF, que é uma doença gerada pelos próprios seres humanos, portanto, pode ser evitada. Sendo assim, confirma-se a necessidade de medidas sócio educativas que tenham como objetivos a restrição/diminuição do consumo etílico; aprimoramento da atenção dos profissionais da saúde para o diagnóstico e medidas terapêuticas eficazes, inclusive nos casos de urgências que é o principal tipo de atendimento e reforço no papel dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPs AD) na melhora da qualidade de vida e reinserção do paciente com alcoolismo na sociedade.

PERFIL DAS REALIZAÇÕES DE BIÓPSIA HEPÁTICA NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2013 A 2017

LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA, LUÍS MÁRIO MENDES DE MEDEIROS, BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, DIOGO TELES DE LIMA, FÁBIO FERREIRA MARQUES, GABRIELLA JAIME VIEIRA, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA.

Fígado

Objetivo: Delinear um perfil das realizações das biópsias hepáticas no Brasil entre o período de 2013 a 2017, devido à sua relevância diagnóstica nas principais patologias hepáticas graves. Método: Trata-se de um estudo realizado no Brasil entre os anos de 2013 a 2017 com caráter transversal, retrospectivo e quantitativo a respeito da distribuição e realização das biópsias hepáticas no país. Os dados foram gerados a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na categoria de base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Foram utilizadas as variáveis: região e ano do procedimento, caráter de realização e valor médio de cada execução. Resultados: No período delineado do estudo foram realizadas, nos portadores de hepatopatia a esclarecer, 4.218 biópsias hepáticas. Destas, 43,62% foram executadas na região Sudeste, seguida pela região Sul, Nordeste, Centro – Oeste e Norte do país, esta última com apenas 3,67% do total de procedimentos. De acordo com o caráter disposto nas biópsias realizadas, 2.311 foram classificadas como eletivas e, das relatadas, 1.172 do total foram desempenhadas no âmbito da saúde pública. O valor médio dispensado pela saúde pública a cada técnica aprovada foi de R\$ 430,19, sendo realizadas, em média, 843 biópsias por ano. Conclusão: Levando em consideração a relevância da análise histopatológica na conclusão de um diagnóstico de hepatopatia, nota-se que a maioria das biópsias foram realizadas no Sudeste do país, centro que apresenta maior número de especialidades e maior tecnologia no Brasil. Ainda, verifica-se um número pouco expressivo de procedimentos realizados pelo SUS, evidenciando a necessidade de ampliar essa técnica na saúde pública com o intuito de expandir o método a outras regiões e torna-lo mais acessível à população, quando indicado.

RECIDIVA PRECOCE DE CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA APÓS RETRANSPLANTE HEPÁTICO: RELATO DE CASO

GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA, LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE, ANDRÉ LUIS CONDE WATANABE, NATÁLIA DE CARVALHO TREVIZOLI, FERNANDO MARCUS FELIPPE JORGE, LUIZ GUSTAVO GUEDES DIAZ, PRISCILA BRIZOLLA DE CAMPOS, MATEUS PASSOS

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - DISTRITO FEDERAL, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA - DISTRITO FEDERAL, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Fígado

Objetivo: relatar caso de recidiva precoce de cirrose biliar primária após um retransplante hepático, complicação incomum do procedimento; Método: análise retrospectiva do prontuário da paciente; Resultados: Paciente de 40 anos de idade, sexo feminino, portadora de cirrose biliar primária (CBP) com encefalopatia hepática e varizes de esôfago com sangramento prévio, foi submetida a transplante hepático cadavérico em outra instituição, transcorrendo o procedimento sem intercorrências. Após período de 8 anos assintomática e com boa função do enxerto, a paciente desenvolveu quadro de colestase associada a prurido importante com limitação à realização das atividades cotidianas. Foi inicialmente tratada em outra instituição com diagnóstico de estenose biliar, realizando no total 6 tentativas de tratamento por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), e por fim sendo submetida a anastomose biliodigestiva cirúrgica (hepaticojunçãoanastomose em Y de Roux). Como a paciente persistiu com sintomas de colestase após a cirurgia, foi realizada nova biópsia hepática que revelou a presença de reação portal de padrão biliar ductopenia, com fibrose e formação de septos porta-porta, altamente sugestiva de recidiva da CBP. A paciente evoluiu ao longo de período de 1 ano com perda da função do enxerto, com encefalopatia hepática, ascite e sangramento de varizes esofágicas. Foi submetida a retransplante hepático cadavérico, com boa evolução pós-operatória. Após 8 meses do retransplante, a paciente apresentou elevação significativa das enzimas canaliculares hepáticas, sendo submetida a biópsia hepática que revelou a presença de reação biliar com granulomas periductais e fibrose concêntrica periductal, patognomônicos de recidiva de CBP. Foi iniciado tratamento com ácido ursodesoxicólico e bezafibrato, e atualmente a paciente se encontra com enzimas canaliculares discretamente aumentadas e boa função do enxerto, 1 ano e seis meses após o retransplante. Conclusão: A CBP é uma doença que cursa com fibrose progressiva das vias biliares e perda da função hepática, sendo o transplante hepático o tratamento indicado nas formas avançadas da doença. Entretanto, a recidiva da doença após tempo variável do transplante é frequente. A recidiva poucos meses após o transplante como no caso relatado é complicação extremamente incomum.

RELATO DE CASO LESÃO CÍSTICA DO FÍGADO

PAULO TADEU SILVA CAMPOS, ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES, EDUARDO SILVESTRE VAZ COSTA, ANDRÉ GUIMARÃES DE PAULA, ALEX BESSA, PAULINA INACIO PROTASIO MUSSE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, UNIEVANGÉLICA, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA

Fígado

Relato de caso: Paciente, 60 anos, sexo feminino, procurou o serviço de cirurgia geral com queixa de dor em hipocôndrio direito há 1 semana, associado a colúria, hiporexia, náuseas e vômitos. TC realizada no dia 22/03/2018 revelou volumosa lesão cística do lobo direito do fígado com volume estimado de 1 litro e leve dilatação de vias biliares intra hepáticas. Conduta foi exérese de cisto hepático e gastrotomia. A cirurgia no dia 27/03/2018 foi iniciada por videolaparoscopia com necessidade de conversão para laparotomia devido à dificuldades técnicas. Realizou hepatotomia com drenagem de líquido achocolatado do cisto, grande volume com debris. O cisto que se encontrava em íntimo contato com a pequena curvatura do estômago. Realizou-se gastrotomia em dois planos com prolene e drenagem de cavidade com dreno túbulo-laminar. No pós operatório, a paciente em estado grave é encaminhada para UTI afebril e diurese presente por sonda vesical de demora (SVD). Na evolução diurna, ainda no dia da cirurgia, paciente estava hipocorada e o exame abdominal revelou ruídos hidroaéreos diminuídos, abdômen distendido, flácido, indolor, sem sinais de irritação. A ferida operatória estava em bom aspecto, dreno à esquerda com baixo débito. A prescrição foi dieta zero, 1 bolsa de soro fisiológico 0,9%, metronidazol e ceftriaxona. No primeiro dia de pós operatório, a paciente passou bem, não deambulou, negava flatos ou evacuações e com diurese de 1600 ml e recebe alta da UTI com antibiótico mantidos, retirada a SVD e dieta líquida liberada. No dia 30/03/2018 a paciente, não apresentou complicações, negando alterações urinárias, colúria, acolia fecal, icterícia, alterações gastrointestinais, febre e dor abdominal, com sono e apetite preservados e boa aceitação da dieta. Recebe alta no uso de ciprofloxacina e metronidazol e está em acompanhamento ambulatorial de cirurgia geral. Conclusão: O cisto hepático simples é uma frequente lesão do fígado, geralmente assintomático e menores que 5 cm, porém podem atingir enormes dimensões.

TRANSPLANTE HEPÁTICO NO BRASIL: EVOLUÇÃO E ESTRATÉGIAS

ANA LUIZA LOPES CRUVINEL VIEIRA, ANA GABRIELLA DE ALMEIDA ARAÚJO, BRUNA RIBAS TEIXEIRA, CAROLINA TEIXEIRA NOGUEIRA, JULIANA PEREIRA DA SILVA, LEONARDO MAGALHAES GOMES, LUCAS MARTINS DO VALE.

UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, UNIRV - CAMPUS APARECIDA, PUC - GO, RESIDÊNCIA MÉDICA - CLÍNICA MÉDICA - HGG.

Fígado

Objetivo: Demonstrar os avanços das técnicas do transplante de fígado no Brasil e no mundo e as estratégias para a redução do déficit no número de doadores e do tempo de espera para sua realização. Método: Esse artigo fundamentou-se em pesquisas na base de dados Scielo, entre os anos de 2013 e 2018, correlacionando os descritores: transplante hepático, técnicas de transplante, história do transplante hepático. Resultados: O transplante hepático é um dos procedimentos mais complexos da cirurgia moderna, pois interfere em funções primordiais do organismo. O procedimento consiste na substituição de um fígado doente por um órgão homólogo saudável, proveniente de um doador vivo ou cadáver. O primeiro resultado satisfatório ocorreu nos Estados Unidos em 1967. No entanto, apenas no ano de 1983, o National Health Institute aprovou o transplante de fígado como terapia para doenças hepáticas terminais. Dois anos mais tarde, a Unidade do Fígado do Hospital das Clínicas de São Paulo realizou o primeiro transplante bem sucedido da América Latina. Desde então, tem-se observado o aprimoramento das técnicas cirúrgicas e o desenvolvimento de estratégias que buscam controle das complicações pós-operatórias e a redução de déficits no número de doadores e no tempo de espera para os transplantes. Dentre as inovações atualmente disponíveis, existem a técnica split e o transplante hepático intervivos. Na técnica split, um órgão de doador com morte encefálica é dividido entre dois receptores, enquanto que, no transplante intervivos, o doador submete-se a uma hepatectomia de até 70% para a doação. Essa realidade deve-se a conscientização da população sobre a importância da doação de órgãos e a identificação de potenciais doadores por profissionais da saúde. Tal feito pode ser observado pela classificação do Brasil como o segundo país a mais realizar transplantes hepáticos no mundo, em 2013. Conclusão: O avanço das técnicas cirúrgicas, em especial, aquelas que buscam reduzir o tempo de espera e o número de doadores necessários, faz-se um artifício fundamental na qualidade e expectativa de vida de pacientes que necessitam de transplante. Ademais, ao observarmos o crescente número de doadores de fígado concluímos que, difundir conhecimentos a respeito da importância da doação de órgãos no país, tem reduzido os índices de mortalidade de doentes hepáticos. Assim, é notória a necessidade contínua de estudos que busquem a inovação das técnicas cirúrgicas de transplante hepático.

RELATO DE CASO: DIAGNÓSTICO TARDIO DE TUMOR DE KLATSKIN

JULIANE NOGUEIRA DE OLIVEIRA, MARIA PAULA BESSA DE FREITAS, CAMILA PIRES MARINHO, VERÔNICA MACIEL ZULIAN, PAULO VICTOR MOREIRA GUIMARÃES, AMANDA RINCON GODINHO, RUBENS ARNALDO DA COSTA BORGES FILHO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA

Fígado

INTRODUÇÃO: O colangiocarcinoma, é a segunda forma mais comum de câncer de fígado primário. No ocidente, a taxa de incidência é baixa: 0,3 a 3,5 casos por 100.000 pessoas anualmente. Os tumores de Klatkskin (TK) são os colangiocarcinomas hilares originados na bifurcação do ducto hepático principal e são frequentemente adenocarcinomas. Por ser um tumor de evolução lenta, o paciente apresentará queixas quando houver uma obstrução severa da via biliar, sendo a icterícia obstrutiva e a perda ponderal os principais sintomas. Fatores de risco como a fasciola hepática e colangite esclerosante primária, são descritos. Contudo, a maioria dos casos permanece com etiologia desconhecida. Para um diagnóstico preciso do TK são necessários, além da clínica, exames de imagem para afirmar localização do tumor e traçar a conduta correta. RELATO DE CASO: A.O., mulher, 68 anos, deu entrada na Santa Casa de Misericórdia de Goiânia no serviço de Cirurgia Geral com quadro de dor em hipocôndrio direito (HD) do abdome há 3 meses, com piora nos últimos dias, perda ponderal de 10kg nesse período, e icterícia, acolia fecal, colúria e prurido, associados. Ao exame físico: icterícia (2+/4+), com dor a palpação profunda em HD e hepatomegalia. Apresentou na admissão ultrassonografia abdominal que evidenciou dilatação de vias biliares e massa na confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo, sugestiva de TK. Durante a internação hospitalar foram realizadas tomografia computadorizada abdominal e colangiorrressonância, que elucidaram a hipótese diagnóstica e metástase hepática. Foi realizada biópsia por via laparoscópica para confirmação de colangiocarcinoma e paciente encaminhada à oncologia para seguimento do caso. CONCLUSÃO: A icterícia obstrutiva constitui a manifestação clínica mais perceptível do TK. No entanto, diversas patologias também cursam com a mesma, o que leva à dificuldade diagnóstica e necessidade de avaliação criteriosa. O tratamento de escolha para o TK é a ressecção cirúrgica, porém a maioria está, ao diagnóstico, em estágio avançado envolvendo estruturas adjacentes e, por conseguinte, irressuscitáveis, como no caso apresentado. Por isso, é essencial o parecer da oncologia para garantir um cuidado completo e paliativo, visando a qualidade de vida do paciente. Diante da dificuldade de realização do diagnóstico precoce e de estabelecimento de um tratamento curativo, torna-se essencial o entendimento e abordagem do presente tema.

TRATAMENTO ENDOVASCULAR DA SÍNDROME DE BUDD-CHIARI RECIDIVADA APÓS O TRANSPLANTE HEPÁTICO

GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA, LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE, ANDRÉ LUIS CONDE WATANABE, NATÁLIA DE CARVALHO TREVIZOLI, FERNANDO MARCUS FELIPE JORGE, LUIZ GUSTAVO GUEDES DIAZ, PRISCILA BRIZOLLA DE CAMPOS, MILLA CAROLINA COSTA LAFETÁ DE ARAÚJO

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

Fígado

Objetivo: relatar um caso de recidiva da Síndrome de Budd-Chiari após o transplante hepático, tratado com sucesso por técnica endovascular. Método: análise retrospectiva do prontuário do paciente. Resultados: Paciente de 44 anos, portador de cirrose por Síndrome de Budd-Chiari, com ascite de difícil controle clínico, sendo submetido a paracenteses de grande volume semanais. Realizou a passagem de shunt portossistêmico intrahepático transjugular (TIPS), inicialmente com melhora da ascite, porém evoluiu com encefalopatia hepática importante e após 5 meses da realização do procedimento, voltou a apresentar ascite importante com necessidade de paracenteses frequentes. O paciente foi então submetido a transplante hepático cadavérico com preservação da veia cava inferior (piggyback). Apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar no 16 dia pós-operatório. Permaneceu anticoagulado com rivaroxaban 20mg ao dia, porém em uso irregular da medicação devido aos custos. Após 1 ano e 3 meses do transplante, o paciente voltou a apresentar aumento de volume abdominal e ascite, sendo investigado com biópsia hepática, que demonstrou trombose recente de veia centrolobular e tomografia de abdome, que revelou trombose de veias hepáticas, sem preenchimento das mesmas pelo meio de contraste endovenoso. Foi optada pela realização de procedimento endovascular de resgate, sendo feita a angioplastia das veias hepáticas média e direita e passagem de TIPS em veia hepática direita. O paciente foi mantido com enoxaparina em dose terapêutica durante a internação e posteriormente recebeu alta com warfarina. Atualmente com 1 ano de seguimento após a intervenção endovascular, segue com boa função do enxerto e sem ascite ou outros sinais de hipertensão portal. Conclusão: O transplante hepático é a melhor opção terapêutica na Síndrome de Budd-Chiari avançada com disfunção hepática e/ou hipertensão portal grave. Entretanto, devido à presença frequente de uma trombofilia subjacente, existe risco aumentado de eventos trombóticos após o transplante, incluindo a trombose das veias hepáticas com recorrência da doença. O tratamento endovascular precoce, com angioplastia e colocação de stent, proporciona o alívio dos sintomas e prolonga a sobrevivência do enxerto hepático. Referências: Intractable Rare Dis Res. 2015 Feb; 4(1): 24–32. Budd-Chiari syndrome and liver transplantation; Journal of Cardiology Cases 11 (2015) 73–77 Budd-Chiari syndrome after liver transplantation

Objetivo: Avaliar a quantidade de herniorrafias realizadas no estado de Goiás no período compreendido entre 2015 e 2017. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico por meio da análise de dados obtidos via Departamento de Informática do SUS (DATASUS), subcategoria Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), considerando as variáveis internações, óbitos, caráter do atendimento e tipos de procedimento realizado no local e período desejados. **Resultados:** No período analisado 19.194 internações para a realização de herniorrafias foram realizadas, sendo o ano de 2016 o mais prevalente, com 6.538 casos. Do total de operações, 14.858 (77,4%), foram em caráter eletivo, e 4.336 (22,5%) em caráter de urgência, um percentual relativamente alto. Na maioria dos procedimentos de urgência optou-se pela hernioplastia inguinal unilateral, com 2.050 (47%) procedimentos, o que sugere uma relação com a alta prevalência e necessidade de operação nesse tipo de hérnia. De acordo com a literatura, as hérnias estranguladas são decorrentes das complicações das hérnias, e a quantidade de hernioplastias realizadas nesta condição foi de 66, o que equivale a somente 0,34% do total de procedimentos. A quantidade de hernioplastias em hérnias recidivantes também foi baixa, com apenas 187 (1%) procedimentos. A quantidade de óbitos fora pequena, no total de 31, sendo 16 destes apenas no ano de 2017 e a grande maioria em decorrência dos procedimentos de caráter urgente. Atualmente, é preferível a realização da herniorrafia o mais breve possível uma vez que a tendência habitual da hérnia é crescer, aumentando juntamente a possibilidade de complicações. Excepcionalmente os idosos devem ser avaliados quanto ao risco/benefício do procedimento. **Conclusões:** Os procedimentos de herniorrafias realizados no período de dois anos, entre 2015 e 2017, foram muitos, resultando em quase 20.000 cirurgias no estado de Goiás. A quantidade de óbitos mostrou-se pequena, menor que 0,2% neste período.

ANÁLISE VETORIAL DA TÉCNICA DE LÁZARO DA SILVA

GUILHERME SERONNI, BRUNA MORAES FARIAS DANTAS, DANIEL OLIVEIRA ZAGO, MARIA EDUARDA LEANDRO, ALEX BESSA, RAFAELLA OLIVEIRA CURTI, PETERSON SAYLON LIMA, RENATO MIRANDA DE MELO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEVANGÉLICA, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Hérnias da parede abdominal

Introdução: Hérnia incisional é um tipo de hérnia ventral, em que o conteúdo peritonial atravessa uma cicatriz enfraquecida na parede do abdome. As hérnias incisionais medianas representam grande problema cirúrgico por serem de difícil tratamento e apresentarem altas taxas de recidiva. A Transposição com saco herniário foi desenvolvida por Alcino Lázaro da Silva e consiste numa técnica para reparação anatômica e fisiológica da parede abdominal com a utilização do próprio saco herniário em sua confecção. **Objetivo:** Entender porque a técnica de Lázaro da Silva (Transposição com saco herniário - TSH) é efetiva no reparo de defeitos da parede abdominal e tem menores taxas de recidivas, em relação aos demais reparos teciduais, e como avaliar isso de maneira vetorial. **Método:** O estudo proposto é de caráter experimental não-biológico e para comparação do arranjo obtido na TSH optou-se pela realização do chamado ensaio de tração. Os autores confeccionaram protótipos que simulam as camadas da parede abdominal no reparo mediante sutura simples destes componentes e no reparo com TSH. Dez protótipos de cada grupo foram comparados em um ensaio de tração. As médias obtidas do limite de resistência para ruptura e do alongamento dos protótipos foram comparadas utilizando-se o programa Microsoft Excel 2013, mediante utilização do teste t de Student. **Resultados:** Os testes realizados no grupo TSH e no grupo controle produziram médias de força máxima semelhantes entre ambos, não se podendo afirmar que a média da força máxima no grupo TSH foi superior à média da força máxima no grupo controle ($p=0,324$). Ao se comparar o alongamento obtido nos protótipos do grupo TSH aos protótipos do grupo controle podemos notar que a média de elongação no grupo TSH foi superior àquela encontrada no grupo controle ($p < 0,003$). **Conclusão:** O estudo demonstrou que o arranjo obtido no protótipo que simula as camadas da parede abdominal na TSH, com suturas não coincidentes no plano sagital ou coronal, foi responsável por um maior alongamento da estrutura em comparação com o arranjo obtido nos protótipos que simulam o fechamento simples destas camadas mediante suturas coincidentes no plano sagital. O estudo mostrou não haver diferença na média de limite de resistência a ruptura entre os dois protótipos, no ensaio de tração.

AVALIAR A OCORRÊNCIA DE RESSUTURA DE PAREDE ABDOMINAL POR DEISCÊNCIA TOTAL OU EVISCERAÇÃO ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2017

LUÍS MÁRIO MENDES DE MEDEIROS, BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, DIOGO TELES DE LIMA, FÁBIO FERREIRA MARQUES, GABRIELLA JAIME VIEIRA, LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL

UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA.

Hérnias da parede abdominal

Objetivo: Avaliar a ocorrência de ressutura de parede abdominal por deiscência total ou por evisceração. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo e quantitativo com abordagem por corte transversal realizado no Brasil entre 2014 e 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Resultados:** O procedimento de ressutura de parede abdominal por deiscência total ou evisceração é um procedimento de média complexidade em 100% dos casos do SUS, que apresenta uma taxa de mortalidade de 7,8 e média de permanência em internação de 7,8. Entre os anos de 2014 e 2017 foram realizados um total de 32.330 procedimentos de ressutura, sendo o ano de 2016 com maior quantidade, de 24,99%, e o ano de 2017 com menos procedimentos, com 24,54%. A maioria das cirurgias são em caráter de urgência, representando 83,69%. Contudo, ainda há 12,7% que são em caráter eletivo. O regime predominante é o "ignorado", com 54,51%, seguido do regime público, com 27,67% e do privado com 17,8%. Entre as regiões do país, a que apresentou maior número de procedimentos foi a Sudeste, com 36,29%, enquanto a região Centro-Oeste apresentou as menores porcentagens, 6,08%. **Conclusão:** A ressutura por deiscência ou por evisceração ainda é um procedimento prevalente no SUS, com significativa taxa de mortalidade e em sua maioria realizado na rede pública de saúde. Sua ocorrência, manteve-se estável, significativamente, desmontando que a maioria dos casos podem ser atribuídas a complicações esperadas dos procedimentos cirúrgicos na parede abdominal.

ASSOCIAÇÃO DE HÉRNIA FEMORAL COM HÉRNIAS INGUINAIS BILATERAIS: UM RELATO DE CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

WALLACE ANTUNES DAMÁSIO DO NASCIMENTO, LUIS CARLOS DE MORAES, AMARILDO BORGES DA SILVA OLIVEIRA, MARCELO LUIZ MAUAD JÚNIOR, MATHEUS SILVA DE PAULA ROCHA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ.

Hérnias da parede abdominal

As hérnias são condição frequente na clínica cirúrgica. A prevalência na população geral pode chegar a 7%, sendo as hérnias inguinais o tipo mais frequente. Estima-se que 10% das mulheres e 50% dos homens com uma hérnia femoral têm ou desenvolverão hérnia inguinal. Estudo recente avaliou a incidência de hérnias incidentais em pacientes submetidos à hernioplastia inguinal videolaparoscópica, revelando que até 27% dos pacientes com hérnia unilateral têm outras hérnias, e 10% nos casos bilaterais. Esse relato de caso expõe o caso de uma paciente com hérnia inguinal bilateral associada à hérnia femoral de difícil diagnóstico.

Paciente feminina, 70 anos, refere dor difusa em região inguinal há mais de 15 anos. Relata que as dores sempre foram de intensidade moderada, com irradiação para o joelho. Há cerca de 18 meses, começou a sentir nova dor associada, aguda e incapacitante na região inguinal, do tipo cólica. Afirma ter realizado cirurgia de substituição total de quadril há 1 ano, pois tinha desgaste da articulação coxofemoral, com diagnóstico há 10 anos, o que foi considerado primariamente como causa da dor da paciente. Contudo, após realização e recuperação da cirurgia a paciente não evoluiu com melhora do quadro álgico. Exame físico inconclusivo. Ultrassonografia (USG) de abdome revela hérnia inguinal direta à direita. Paciente é encaminhada para nova USG e tomografia de abdome que mostraram hérnias inguinais diretas bilateralmente. Foi encaminhada para a cirurgia, com pela técnica de Lichtenstein. Seis meses após a hernioplastia bilateral a paciente volta a procurar atendimento médico, com relato de manutenção da dor. Alega que a dor é desencadeada por esforço físico necessitando interromper imediatamente o que está fazendo para que haja melhora do quadro. O exame físico não traz novos achados e surge a suspeita de hérnia femoral não diagnosticada anteriormente. É realizada nova USG de parede abdominal e região inguinal direita que revelam herniação de pequena quantidade de gordura abdominal em situação posterior e medial à veia ilíaca externa direita durante a manobra de Valsalva, com redução espontânea após a manobra. Paciente é encaminhada a nova cirurgia, dessa vez por videolaparoscopia, com colocação de tela para correção da hérnia femoral. Após recuperação a paciente evoluiu com desaparecimento da dor e grande satisfação por finalmente ter sido diagnosticada e tratada.

DIAGNÓSTICO INTRAOPERATÓRIO DA HÉRNIA DE LITTRÉ: UM RELATO DE CASO

LORENA METRAN CHAVES, BEATRIZ CRISTINA BARROS, ISABELLA METRAN DOURADO

FACULDADE ATENAS, FACULDADE ATENAS, UNIRV.

Hérnias da parede abdominal

OBJETIVO: objetivo do presente estudo é apresentar um caso incomum em cirurgia, o diagnóstico intraoperatório de hérnia de Littré, a partir de um relato de caso. **MÉTODO:** as informações foram obtidas através da revisão do prontuário, entrevista com o paciente e revisão da literatura através de pesquisa nas bases de dados Lilacs e Medline, com publicações dos últimos 5 anos. **RESULTADOS:** paciente do sexo masculino, de 47 anos, admitido no Hospital Municipal de Paracatu para correção eletiva de hérnia inguinal. Queixa de abaulamento na região inguinal direita há aproximadamente 2 anos associada a dor vaga de caráter esporádico. Negava alterações gastrointestinais ou sinais sugestivos de obstrução. Ao exame físico, apresentava volumosa hérnia inguinal indireta à direita, redutível à manobra de Taxe, sem sinais de sofrimento isquêmico. Submetido à cirurgia aberta para correção da hérnia. Durante o ato operatório, identificou-se um divertículo de Meckel de base estreita, sem sinais de comprometimento vascular, como conteúdo do saco herniário, assim, caracterizando-se uma hérnia de Littré. Optou-se pela ressecção em cunha do divertículo seguida por enterorrafia, visando evitar complicações futuras (tais como obstrução, inflamação e perfuração) associada à hernioplastia inguinal utilizando-se a técnica de Lichtenstein (tela livre de tensão). A análise anatomo-patológica da peça operatória confirmou a presença de tecido compatível com divertículo de Meckel, má formação congênita do trato gastrointestinal, composto por 3 camadas (divertículo verdadeiro). O paciente seguiu em acompanhamento ambulatorial por um período de 1 ano, apresentando boa evolução do quadro e assintomático. **CONCLUSÃO:** a hérnia de Littré é uma condição rara, cujo diagnóstico geralmente é feito durante o ato cirúrgico. A partir do exposto, conclui-se que uma vez diagnosticada, o divertículo de Meckel deverá ser retirado, evitando assim, complicações futuras possíveis.

HERNIA DE SPIEGEL RECIDIVADA: RELATO DE CASO

JÚLIA SADDI DE ALMEIDA, WLADMIR FERNANDES BEZERRA, JORDANA NOGUEIRA GOMES, CAMILA MARTINS DE OLIVEIRA, RAYSSA DOS SANTOS SIQUEIRA
HRT, HRT, HRT, HRT, ESCS.

Hérnias da parede abdominal

Hérnias de Spiegel são hérnias raras da parede abdominal, representando apenas 1 a 2 % destas. Ocorrem por defeito na parede abdominal através da aponeurose spigeliana, entre a linha semilunar e a borda lateral do músculo reto, abaixo da linha arqueada de Douglas. Possui um pequeno anel fibroso, responsável por estrangulamento, em grande parte dos casos. Normalmente não apresenta sintomatologia clássica, tendo dor abdominal como principal achado. O caso relatado é de uma paciente, que evoluiu com moderada dor abdominal sem foco identificado e foi solicitada TC de abdome com contraste para melhor elucidação diagnóstica. Laudo evidenciou separação da parede abdominal esquerda entre linha semilunar e borda lateral do músculo reto abdominal, com anel herniário de cerca de 32mm em seu maior eixo, contendo alças intestinais. Paciente foi, então, encaminhada para cirurgia eletiva. No procedimento cirúrgico realizado fechamento de falha de aponeurose. Após 9 meses apresentou recidiva tendo que ser realizada reabordagem, desta vez sendo optada por colocação de tela de polipropileno. Após 17 dias da reabordagem evoluiu com seroma de cerca de 90 cm em subcutâneo, diagnosticado com auxílio de ecografia. Apresentou dor e abaulamento local. Ausência de leucocitose, febre ou sintomas gerais. Realizada drenagem guiada por ecografia e paciente recebe alta assintomática.

HERNIA DE SPIEGEL ENCARCERADA

JORDANA NOGUEIRA GOMES, WLADIMIR FERNANDES BEZERRA, CAMILA MARTINS DE OLIVEIRA, JÚLIA SADDI DE ALMEIDA, LANDWEHRNER LUCENA DA SILVA, Derval Pereira Pinto Junior, Phábio Claudino Estrela Terra Theodoro, Lucas de Souza Poletti

HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, FACULDADES INTEGRADAS DA UNIÃO EDUCACIONAL DO PLANALTO CENTRAL

Hérnias da parede abdominal

Objetivo: Descrever um caso de hérnia de Spiegel abordada cirurgicamente em contexto de urgência, no Hospital Regional de Taguatinga - Distrito Federal, com enfoque no diagnóstico, tratamento e seguimento pós-operatório. Método: Revisão de prontuário médico, análise das informações e revisão literária com posterior confrontamento dos dados da literatura. Resultados: A.B., 71 anos, feminina, obesa, diabética, admitida no serviço de Cirurgia Geral proveniente de Unidade de Pronto Atendimento com história de dor de início há quatro dias, moderadamente intensa, em flanco e fossa ilíaca direita, sem irradiação, associada a episódio de vômito de conteúdo alimentar, sem alterações do hábito intestinal. Apresentava passado de três hernioplastias em tentativa de correção do defeito herniário com recidivas posteriores. Ao exame físico admissional a paciente apresentava-se com abaulamento importante em topografia de fossa ilíaca direita, de consistência fibrosa, movél, indolor, porém irreductível, associado a discreta hiperemia circunjacente. Não apresentava sinais de irritação peritoneal. Portava exame de imagem (tomografia de abdome com contraste) que demonstrava hérnia de Spiegel em fossa ilíaca direita com saco herniário contendo gordura omental e borramento, sugerindo encarceramento. Optado pela exploração cirúrgica de urgência. Realizada incisão paramediana arciforme à direita identificando volumoso saco herniário em linha semilunar de Spiegel com aproximadamente 6,0 cm de diâmetro e com sinais de abordagens prévias cujo conteúdo interno era composto por epíplon. Realizada cautelosa dissecação e ressecção do conteúdo herniário com posterior síntese do defeito herniário à jaquetão (Vicryl 0, chuleio simples) e interposição de tela de polipropileno (fixada com Prolene 4-0 em pontos simples separados) em posição pré-aponeurótica. A paciente evoluiu de maneira satisfatória, tendo recebido alta no 5º dia de pós-operatório. Realizou seguimento ambulatorial sem sinais de recidiva da herniação. Conclusão: O caso descrito expõe uma entidade de raro diagnóstico clínico, com exígua quantidade de casos expostos na literatura. O não reconhecimento das características anatómicas da hérnia pode precipitar o tratamento cirúrgico inadequado e predispor recidivas posteriores. Há a necessidade de se manter um alto nível de suspeição para o diagnóstico e tratamento precoce da patologia, evitando-se abordagens em contexto de urgência e emergência.

OBJETIVOS: Apresentar a técnica de transposição do saco hernial (TSH) em paciente do sexo masculino, 57 anos, com hérnia incisional mediana supraumbilical, realizada sob anestesia geral e peridural. Esta operação foi proposta por Alcino Lázaro da Silva, de Belo Horizonte, Minas Gerais, e realizada pela primeira vez em 1965. **MÉTODOS:** A cirurgia inicia-se com a ressecção da cicatriz preexistente (ulectomia) e dissecação dos retelhos dermorgodurosos e do saco herniário, com abertura longitudinal do mesmo e lise de aderências, particularmente do lado esquerdo da cavidade peritoneal. As incisões relaxadoras são realizadas na bainha dos músculos retos, sendo, posteriormente, à esquerda e, anteriormente, à direita. Para a transposição, sutura-se o hemissaco direito ao lábio posterior lateral esquerdo (fechando a cavidade e restaurando o envoltório muscular neste lado). Sutura-se os dois lábios mediais entre si (restabelecendo a linha alba) e o hemissaco esquerdo é suturado ao lábio anterior lateral direito (refazendo a bainha do reto abdominal neste lado). Os fios utilizados nos três planos de sutura devem ser de monofilamento sintético absorvível de longa duração. Os remanescentes dermorgodurosos são reassentados no plano aponeurótico e a pele é fechada de acordo com a preferência do cirurgião. **RESULTADOS:** Neste procedimento a pressão das vias aéreas não variou, permanecendo em 15cmH2O durante toda a cirurgia. Ao final de um ano, em repouso e sob flexão abdominal, não se notou recidiva no paciente. **CONCLUSÕES:** A TSH se mostra como uma boa opção de reparação puramente com tecidos, para corrigir defeitos ventrais únicos e grandes, primárias ou incisionais, com volumoso saco herniário, mas também para a correção de grandes diástases associados a hérnias epigástricas e/ou umbilicais. Uma vez que a pressão das vias aéreas não tenha oscilado, ela traduz o caráter não hipertensivo da TSH, seja nas linhas de sutura ou na cavidade abdominal. Os pontos-chave da técnica, que completa 50 anos neste ano, são as incisões de descargas alternadas bilaterais e o uso do próprio saco herniário como uma prótese biológica nativa.

PERFIL DE INTERNAÇÕES POR HÉRNIA INGUINAL EM GOIÁS

VÍCTOR HENRIQUE ARAÚJO DE MORAIS, ÉRICO HENRIQUE ARAÚJO DE MORAIS, DEON VINICIUS MOREIRA PIMENTEL, CILAS PEREIRA MACHADO JÚNIOR, PRISCILLA DOS SANTOS DECEMBRE MONTALVÃO, MARLON FERREIRA SANTOS, ANA CAROLINA DOS SANTOS TORQUATO, RAYANE ELEN FERNANDES SILVA

UNIEVANGÉLICA, UFOP, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UFMA, UNIEVANGÉLICA, UFOP

Hérnias da parede abdominal

Este estudo tem como objetivo identificar o perfil de internações por hérnias inguinais no estado de Goiás, entre 2008 e 2017. Estudo de caráter quantitativo e comparativo com delineamento transversal de base populacional. Os dados foram coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em conjunto com Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Em primeiro momento cruzou-se os dados de internação por hérnias inguinais no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2017 referentes ao estado de Goiás, relacionando com idade, sexo, faixa etária, custo e duração média das internações. Em seguida, analisou-se os dados no Excel 2013, através de estatística simples. No total foram notificados no estado de Goiás 40698 internações no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017, devido a hérnias da região inguinal. Destes, 83,1% eram do sexo masculino, sendo que no total, em relação a faixa etária 25,2% tinham idade inferior a 20 anos e 25,8% eram maiores de 60 anos. Quanto a localização geográfica, 51,5% das internações ocorreram em Goiânia e região metropolitana. Avaliou-se o caráter do atendimento às hérnias inguinais e 25,1% dos casos foram urgentes. A média de duração de cada internação nesse período foi de aproximadamente 1 dia e 14 horas, com um valor médio individual de internação de 538,35 reais. Com relação a mortalidade, foram notificados neste período, 62 óbitos durante as internações (0,15% do total), sendo que 83,8% ocorreram em pacientes internados em caráter de urgência. Conclui-se que o perfil de internações por hérnias inguinais corrobora com a prevalência de estudos epidemiológicos, nos quais há um maior acometimento em homens, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, com relativa baixa mortalidade. Este estudo apresenta o viés dos dados coletados serem secundários, podendo ocorrer subnotificações.

TÉCNICAS TRANSABDOMINAIS DE HERNIORRAFIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

VICTÓRIA COELHO JÁCOME QUEIROZ, LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO, RICARDO VIEIRA TELES FILHO

FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, GOIÂNIA., FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, GOIÂNIA.

Hérnias da parede abdominal

OBJETIVO: Proporcionar, através de uma revisão de literatura, uma visão geral e comparativa das duas principais técnicas laparoscópicas para herniorrafia inguinal. **MÉTODO:** Foram analisadas diretrizes internacionais de manejo cirúrgico de hérnia do Hernisurge Group (2018), International Endohernia Society (2011) e da European Hernia Society (2009). Também foram pesquisados artigos, dos últimos 5 anos, no Pubmed, com os descritores: inguinal hernia, femoral hernia, total extraperitoneal repair (TEP), preperitoneal access (TAPP). **RESULTADOS:** A principal diferença entre TEP e TAPP é relativa a ordem de acesso ao espaço pré-peritoneal (EPP). Na TEP, a aproximação se dá totalmente no EPP, com uma dissecação mais rápida e sem necessidade de síntese do peritônio ao final da cirurgia. Diferente da TAPP, que segue para o EPP após a introdução dos trocâteres na cavidade peritoneal. Este tipo de aproximação confere certa vantagem à técnica, por permitir uma visão geral do espaço e confirmação de hérnia contralateral. Quanto as complicações, a TEP apresenta campo de trabalho limitado, com possibilidade de conversão do procedimento caso haja rompimento do peritônio. Já a TAPP, apesar de ser uma técnica mais facilmente dominada, apresenta maior risco de lesão visceral. Em estudos prospectivos randomizados, que comparam as técnicas, nota-se melhora em ambos os grupos no pós-cirúrgico, sem diferenças significativas entre eles. Além disso, diretrizes apontam que não há evidências suficientes para se indicar apenas uma das técnicas, com a ressalva que a experiência da equipe cirúrgica possa determinar a escolha do procedimento específico. **CONCLUSÕES:** Além de crucial, o aprimoramento das herniorrafias menos invasivas é um desafio. As principais recomendações para via laparoscópica são técnicas para casos de herniação bilateral ou recorrente, ainda sem evidências científicas que favoreçam uma técnica em detrimento da outra. **Bibliografia:** BITTNER, R. et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. Surgical endoscopy, v. 25, n. 9, p. 2773–843, set. 2011.; GEORGE A SAROSI, J.; KFIR BEN-DAVID. Laparoscopic inguinal and femoral hernia repair in adults - UpToDate, 2018.; THE HERNIASURGE GROUP. International guidelines for groin hernia management. Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery, v. 22, n. 1, p. 1–165, fev. 2018.

TRANSPOSIÇÃO PERITÔNIO-APONEURÓTICA LONGITUDINAL BILATERAL: 50 ANOS DA TÉCNICA DE ALCINO LÁZARO DA SILVA – UMA ANÁLISE TÉCNICA-HISTORIOGRÁFICA

RICARDO VIEIRA TELES FILHO, VICTÓRIA COELHO JÁCOME QUEIROZ, LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO

FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, GOIÂNIA., FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG, GOIÂNIA.

Hérnias da parede abdominal

OBEJTIVO: Ressaltar a importância da técnica de Alcino na correção das hérnias incisionais longitudinais (HIL) da parede abdominal, em seu sentido técnico e histórico e sua contribuição para a cirurgia brasileira. **MÉTODO:** Uma revisão-narrativa baseada na literatura médica em língua portuguesa e inglesa sobre o tema. Utilizou-se as bases: MedLine. Scielo e Scopus, com os unitermos: incisional hernia, surgical technique, inguinal hernia, hernia sac. **RESULTADOS:** No início do século XX, o uso de próteses (PR) tornou-se quase uma prerrogativa nas herniorrafias abdominais. Apesar da alta tecnologia, a técnica ainda se afastava de uma própria reconstrução anatômica da parede abdominal. Com o desenvolvimento da cirurgia em nosso país, as dificuldades estimularam os brilhantismos de nossos cirurgiões, devido as dificuldades estruturais, culminando no emprego de técnicas mais simples, porém de grande rigor anatômico-cirúrgico. O cirurgião geral e do aparelho digestivo, Alcino Lázaro da Silva, membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), desenvolveu uma técnica para correção da HIL sem uso de PR. Essa correção é feita com o próprio saco herniário (SH), usando-se todos os seus tecidos e obtendo-se um resultado mais anátomo-funcional, uma vez que restabelece a loja dos músculos retos do abdome e a linha alba, pontos fundamentais no mecanismo e contenção das vísceras abdominais, conhecida como transposição peritônio-aponeurótica longitudinal bilateral (TRANSPALB). A primeira transposição completa foi realizada em 1967. Logo após, ampliaram-se as indicações, para que as diástases e as hérnias umbilicais volumosas também fossem corrigidas pela “técnica jaquetão”. Essa experiência acumulada (55 pacientes operados) veio à público no primeiro volume da Revista do CBC, mostrando o papel histórico e científico da entidade que abriga este congresso. **CONCLUSÕES:** Uma afecção frequente como a hérnia incisional, exige uma abordagem descomplicada, com recursos materiais comuns. Dessa forma, a técnica do uso do SC conforme proposto por Alcino é de fácil realização, com baixo índice de recidivas e complicações e, portanto, pode ser utilizada na correção das hérnias incisionais. **BIBLIOGRAFIA:** Silva AL. Plástica com o saco herniário na correção das hérnias incisionais. O Hospital 1971;79:123-34.; Cataldo MLS, Silva AL, Guerra AJ. Emprego do saco herniário na correção cirúrgica das hérnias incisionais longitudinais: aspectos experimentais no cão. Rev Col Bras Cir. 1981;8(4):167-70.

USO DE PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO NO REPARO DE HÉRNIA INCISIONAL GIGANTE - RELATO DE CASO

NATASHA GARCIA CALDAS, GABRIEL AVELLAR GUEDES, ANDRE ARAUJO DE MEDEIROS SILVA, NIMER RATIB MEDREI

HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF.

Hérnias da parede abdominal

Introdução: O uso de pneumoperitônio progressivo pré-operatório para reparo de hérnias gigantes da parede abdominal foi descrito pela primeira vez em 1947 por Goni Moreno. A patofisiologia das hérnias gigantes da parede abdominal incluem a diminuição na capacidade de contração dos músculos abdominais, levando a redução da função pulmonar e a diminuição do retorno venoso. O uso do pneumoperitônio progressivamente aumenta a cavidade abdominal, promovendo alongamento muscular e permitindo a melhora da função respiratória, facilitando a redução do conteúdo herniário durante a cirurgia. Relato do caso: Paciente de 71 anos, hipertensa e portadora de hipotireoidismo, com relato de cirurgia prévia há 02 anos (exploração de vias biliares + anastomose bilio-digestiva) e hérnia incisional abdominal de grande volume (20x22 cm). Foi realizado pneumoperitônio progressivo pré-operatório por 19 dias com volume inicial de 3.500 mL e controle volumétrico de acordo com aceitação clínica da paciente e perda espontânea do gás (volume final 2360mL), associada a fisioterapia respiratória e cuidados químicos e mecânicos para prevenção de eventos tromboembólicos. Foi submetida a cirurgia com fixação de tela em folheto posterior de reto abdominal, síntese com sutura contínua e colocação de dreno na mesma topografia. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, tendo realizado pós-operatório imediato em UTI. Manteve bom estado geral na enfermaria de cirurgia geral, com bom drive respiratório, aceitação total da dieta oral, evacuações e diurese presentes, sem alterações. Ferida operatória com bom aspecto, sem sinais flogísticos. Recebeu alta hospitalar no 5º dia pós-operatório, sem queixas clínicas. Segue em acompanhamento mensal no ambulatório de cirurgia geral da unidade, sem queixas clínicas e sem sinais de recidiva da hérnia, mostrando-se satisfeita com o resultado cirúrgico. Conclusão: O uso de pneumoperitônio progressivo no pré-operatório é de suma importância no desafio do tratamento cirúrgico das grandes hérnias da parede abdominal. Apesar das dificuldades atreladas ao método, como internação prolongada e risco aumentado de eventos tromboembólicos, ele facilita o reparo das hérnias gigantes, permitindo o fechamento dos defeitos na parede sob menor tensão, reduzindo o tempo operatório, a incidência de complicações pós-operatórias e a taxa de recorrência.

ANALGESIA LOCO REGIONAL TAP BLOCK GUIADA EM CIRURGIAS PÉLVICAS, AVALIAÇÃO DE ANALGESIA E DOR PÓS OPERATÓRIA.

MAXLEY MARTINS ALVES, JARBAS JABUR BITTAR NETO, MARCUS VINICIUS RIBEIRO FERNANDES, LEONARDO EMILIO DA SILVA, RAFAEL BATISTA DA COSTA XAVIER, BRUNO OLIVEIRA

GASTROCORE, GASTROCORE, GASTROCORE, INSTITUTO DE CIRURGIA APARELHO DIGESTIVO E OBESIDADE E METABÓLICA, EQUIPE DE ANESTESIA, EQUIPE DE ANESTESIA.

Miscelânea

ANALGESIA LOCO REGIONAL TAP BLOCK GUIADA EM CIRURGIAS PÉLVICAS, AVALIAÇÃO DE ANALGESIA E DOR PÓS OPERATÓRIA. INTRODUÇÃO: O bloqueio do plano transversal abdominal (TAP) consiste na técnica ecoguiada ou via laparoscópica para analgesia loco regional, principalmente em procedimentos cirúrgicos abaixo da linha umbilical. **OBJETIVO:** Objetivo do trabalho foi observar a modulação analgésica com uso ou não de TAP. **MÉTODO:** No presente estudo observacional, comparamos, cirurgias laparoscópicas, no ano de 2016-17, com idade entre 20 a 83 anos, sendo 18 do sexo masculino e 7 do sexo feminino. Comparamos esses procedimentos com 20 herniorrafias videolaparoscópicas, e 10 apendicectomias realizadas no período de 2016 a 2017, com uso multimodal de analgesia e anestesia geral, mas sem uso de TAP. O bloqueio é sempre realizado com cloridrato de ropivacaína 7,5 mg/ml (0,75%), diluindo solução com a 10 ml associado a 10 ml de solução fisiológica 0,9%. Injetando os 20 ml na posição do músculo transversal do abdominal (uni ou bilateral – associado ao mesmo lado do procedimento), guiado por ultrassonografia e laparoscopia com visualização direta, até distensão do peritônio parietal. **RESULTADOS:** Quando comparamos o pós operatório imediato, avaliamos a menor necessidade de analgesia multimodal nas primeiras 12 horas, com redução das doses de infusão de medicação para metade da dose utilizada nas cirurgias sem o TAP. Quando comparamos o padrão de dor nas próximas 72 horas (questionado via telefônica), pós alta, o uso de analgesia padrão estabelecida manteve-se, mas com 90% de redução do uso de necessidade de uso de analgésico de demanda. Já os pacientes sem uso de TAP, fizeram uso mais frequente de dipirona, e 20% com uso de tramadol. Quando comparamos com retorno entre o décimo e o décimo quinto dias, o uso de analgesia sob demanda com TAP prévio foi apenas de 01 paciente. Retorno as atividades não observamos impacto, todos pacientes forma liberados para atividades laborativas com 15(quinze) dias em média. **CONCLUSÃO:** Concluímos que bloqueios regionais em cirurgias na topografia pélvica são aplicáveis, reprodutíveis, execução local, via ultrassonográfica ou laparoscópica, com resultado analgésicos pós operatórios imediatos, redução das doses e quantidade de medicações venosas ou orais analgésicas. Nenhuma complicação maior com uso da analgesia TAP guiada.

PILEFLEBITE SECUNDÁRIA À DIVERTICULITE: RELATO DE CASO

MARIO HENRIQUE BITAR SIQUEIRA, ANA VIRGÍNIA FERREIRA FIGUEIRA, ANDREA PEDROSA RIBEIRO ALVES, CLAUDINEL MAGIO JUNIOR, GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA, LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE, DEBORA SARA ALMEIDA CARDOSO, ANDREA AMALIA CAMPOS PIMENTEL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Miscelânea

Introdução: A necessidade do diagnóstico de pileflebite é fundamental para iniciar o tratamento com antibiótico e melhorar o valor prognóstico do paciente. O diagnóstico é obtido por achados radiológicos de trombose e gás dentro dos vasos formadores da veia porta. Relato de caso: M.B.B, 50 anos, casada, cabeleireira, natural e residente de Ceilândia-DF. Compareceu ao pronto socorro com dor em flanco direito tipo cólica e de forte intensidade há 20 dias. Apresentou nestes dias hiporexia, distensão abdominal e sudorese. Negava náuseas, vômitos e não possuía alteração em ritmo intestinal. Ao exame físico não apresentava alterações cardíacas ou pulmonares. Abdomen globoso, distendido, RHA diminuídos, doloroso à palpação em epigastro, flanco direito e hipocôndrio direito sem sinais de irritação peritoneal. Realizado tomografia computadorizada de abdome no dia 10 de Janeiro de 2018 cm figado com aumento de suas dimensões, com volumosa lesão heterogênea, multilobulada, medindo 12x11x6 cm em segmentos IV e V. Sinais de diverticulite em cólon esquerdo e trombose em veia porta. Sugestivo de pileflebite devido a diverticulite colônica. Após 3 dias com a disposição da Unidade de Terapia Intensiva ela foi submetida a laparotomia exploradora com ressecção do segmento IV hepático e drenagem de abscesso hepático. Paciente teve boa recuperação pós operatória. Após umas semana teve novo quadro de abscesso hepático, sendo realizado nova laparotomia exploradora com lavagem de cavidade e colocação de dreno. Paciente evolui sem sintomas, com baixo débito em dreno, tendo alta hospitalar em uma semana após esta última cirurgia. Conclusão: A fisiopatologia da pileflebite está baseada na translocação bacteriana no endotélio promovendo ativação da cascata de coagulação causando trombose intravascular. O diagnóstico permanece difícil devido aos sintomas comuns que ocorrem no paciente como dor, distensão abdominal e febre. Cerca de 50% evolui com colangite e abscesso hepático. Sendo assim é necessário entender as diversas formas de atuação e diagnóstico desta doença para o tratamento mais precoce e com menor taxa de morbimortalidade.

COLECISTECTOMIA COM ABORDAGEM SUPRAPÚBICA, CIRURGIA LAPAROSCÓPICA SEGURA E ESTETICAMENTE ACEITÁVEL, RELATO DE 20 CASOS.

MAXLEY MARTINS ALVES, MARCUS VINICIUS ANDRADE CHALAR SILVA, MONIKY BATISTA DA SILVA TORRES

GASTROCORE, HOSPITAL GERAL DE GOIANIA HGG, GASTROCORE.

Miscelânea

INTRODUÇÃO: A colecistectomia videolaparoscópica padrão ouro da abordagem das doenças de vesícula biliar. Os trocateres de 10, 5 ou 3 mm permitem abordagem segura e eficaz, mas com queixa comum, principalmente de mulheres do sexo feminino. Na busca de solução realizamos procedimentos via umbilical única, mas com queixa global de dor no pós operatório, que não é observado nos trocateres em separado. Técnica suprapúbica é segura, eficaz e esteticamente aceitável. **OBJETIVO:** Objetivo do trabalho demonstrar como uma abordagem não tradicional pode ser segura e eficaz por via minimamente invasiva. **MÉTODO:** São realizado três punções abdominais, os portais inferiores situam-se em áreas habitualmente não expostas, podendo também ser posicionados sobre cicatrizes de operações ginecológicas/obstétricas prévias. O tempo necessário para realização dos procedimentos não é muito diferente do necessário para realização de colecistectomia laparoscópica tradicional. A taxa de complicações foi nula nesta série bem como na literatura disponível. Além disso, ao preservar minimamente a triangulação entre os portais, a técnica com posicionamento alternativo torna mais fácil a adaptação do cirurgião e sua equipe. A questão econômica também deve ser levada em conta, pois todo o procedimento pode ser realizado com o material cirúrgico permanente utilizado em laparoscopia tradicional. **RESULTADOS:** Foram realizados 20 procedimentos entre 2016-2017, os tempos dos procedimentos cirúrgicos, variam na amostra, entre 40 a 70 minutos. Todos pacientes foram selecionados do sexo feminino. Tempo médio de internação de 12 horas. Nenhuma complicação cirúrgica. Tempo de retorno ao trabalho em média de 7 – 15 dias. Avaliação estética e de dor pós operatório com satisfação 90%. Com 2 casos de pacientes que não souberam opinar por não ter comparativo pessoal de cicatrizes e outras cirurgias. **CONCLUSÃO:** Concluímos que a cirurgia minimamente invasiva com abordagem de trocateres suprapúbicos para colecistectomias é segura, eficaz e esteticamente aceitável. Mantem a triangulação de pinças e o uso de material convencional e permanente, sem aumento de custos.

COMPLICAÇÕES DA HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA

JORGE HENRIQUE ASSUNÇÃO DIAS, BRUNA HIROTA ALVES DE ALMEIDA, EDUARDA CARDOSO RIBEIRO, MILENA TORRES MELO, OEMIS EDUARDO XAVIER, MARINA ALEIXO DINIZ REZENDE

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Miscelânea

Objetivo: Analisar as principais complicações associadas à hipotermia perioperatória, face à constância desta condição nos procedimentos cirúrgicos e aos transtornos que causam ao paciente. Método: Realizou-se uma revisão narrativa de artigos científicos em português publicados entre 2013 e 2018, das plataformas Scielo e LILACS, com os descritores: Hipotermia, período perioperatório, complicações. Resultados: A temperatura corpórea é um sinal relevante para o paciente cirúrgico. Estudos mostram que exposição ao frio das salas operatórias, antisepsia da pele com o corpo descoberto, alteração da termorregulação pelos anestésicos e infusão de fluidos à temperatura ambiente causam um fenômeno nomeado de hipotermia perioperatória. A hipotermia caracteriza-se pela temperatura central menor ou igual à 36°C, sendo classificada em ligeira (32°C a 35°C), moderada (28°C a 32°C) e severa (<28°C). Um estudo mostrou que 96,3% dos pacientes apresentaram hipotermia perioperatória e que o sexo feminino apresentou uma variável predominante (79,3%). As implicações da hipotermia no perioperatório podem ser altamente prejudiciais ao paciente. Dentre essas, destacam-se: aumento do índice de infecção da ferida operatória, devido, diretamente, ao retardar o clearance do TNF-alfa, aumento da liberação de IL-10 e redução do HLA-DR em monócitos de superfície que desestabilizam a resposta imune e, indiretamente, à vasoconstrição provocada pela termorregulação, que leva à redução da oxigenação tecidual (ROT); alterações do aparelho cardiovascular como consequência de respostas adrenérgicas à hipotermia, podendo ocasionar arritmia cardíaca (AC), hipertensão arterial, disfunção ventricular, vasoconstrição periférica, trombose venosa profunda e até mesmo infarto agudo do miocárdio (IAM); alterações na coagulação, em que, conforme a temperatura diminui, ocorrem trombocitopenia e aumento da fibrinólise, elevando o risco de hemorragia (HM); alterações endócrino-metabólicas, em que, observa-se na hipotermia prolongada a supressão de secreção de corticóides, inibição da liberação e redução da atividade insulínica, hiperglicemia e necessidade do aumento do consumo de oxigênio no pós-operatório devido aos tremores. Conclusões: As complicações mais letais da hipotermia, segundo estudos, são IAM e HM e as mais frequentes são AC e ROT. A hipotermia associada ao ato cirúrgico é expectável, por isso é essencial a monitorização e o uso de métodos de prevenção eficazes no período perioperatório.

ENDOMETRIOSE PROFUNDA, CIRURGIA COMPLEXA E SEGURA, NOSSOS PRIMEIROS 60 CASOS.

MAXLEY MARTINS ALVES, ARY WANDERLEY CARVALHO JUNIOR.

GASTRO CARE, MED CENTER CIRURGIA ENDOMETRIOSE MINIMAMENTE INVASIVA, GASTRO CARE.

Miscelânea

INTRODUÇÃO: A endometriose profunda doença que acomete cerca de 15% das mulheres em idade fértil e 5% em pós menopausa. Principais queixas são dor abdominal de forte intensidade durante o ciclo menstrual ou durante a atividade sexual. Uma das principais causas de infertilidade feminina, devendo ser investigada sempre que houver esses sintomas ou sinais. OBJETIVO: Objetivo do trabalho demonstrar como uma cirurgia complexa pode ser segura na totalidade por via minimamente invasiva. MÉTODO: No presente estudo observacional, descrevemos nossos primeiros 60 (sessenta) casos cirúrgicos. População feminina, com idade entre 23 e 54 anos de idade. Dentre essas, 38 (63%), a queixa principal associa-se a dor abdominal pélvica intensa, 4 (6%) com queixa principal de infertilidade apenas, e queixa mista 18 (30%) com infertilidade e dor pélvica associada. Dor mais intensa a esquerda é observado em 56 (93%) das pacientes, podendo estar associado a dor a direita, mas dor a direita isolada menor número 4 (7%) pacientes. RESULTADOS: Os tempos dos procedimentos cirúrgicos, variam na amostra, nas primeiras pacientes (2015-2016) com tempo médio entre 6-8 horas, já no último ano, 2017-18, tempo médio entre 4,5 horas a 6 horas. Os procedimentos, em totalidade consistiram na realização de peritonectomia pélvica ampla, principalmente compartimento posterior da pelve. Foram realizados 8 cistectomias parciais, 28 lesões de ureter, mais comuns a esquerda, todos com ressecção, sendo que 12 casos fizeram uso de duplo Retosigmoidectomias, ressecção com anastomose látero-lateral gramepada (02 casos), anastomose látero-lateral manual (02 casos), anastomose término terminal com gramepador circular (32 casos). Shaving foi realizado em 12 pacientes, e ressecção segmentar com gramepador circular em 03 casos. Múltiplas cirurgias combinadas. Entre as complicações, 03 fístulas de retosigmoide (5%). Realizado 01 colostomia (1,6%) devido trombose isquêmica do sigmóide, em processo para reconstrução, em paciente obesa com IMC > 37. Caso único (1,66%) de íleo adinâmico com 10 dias de evolução. Também 01 caso (1,66%) de múltiplas cirurgias devido obstrução intestinal por bridas. Hematoma pélvico drenado no 8 pós operatório, 01 caso (1,66%). Apenas 01 caso com 24 horas de UTI (1,66%). Nenhuma mortalidade. CONCLUSÃO: Concluímos que a cirurgia minimamente invasiva para endometriose profunda é o método de escolha, seguro, com resolução importante dos sintomas de dor e infertilidade feminina.

DIVERTICULITE COMPLICADA COM PERFURAÇÃO INTESTINAL

ISADORA GARCIA CARNEIRO KRIUNAS SEVERINO, ISABELLA RESENDE COELHO, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL

UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA.

Miscelânea

Resumo: Introdução: A Doença Diverticular (DD) do cólon afeta cerca de 30% da população acima de 60 anos, aumentando com a idade e possui grande associação com os hábitos alimentares da modernidade, onde se prioriza uma alimentação rica em carboidratos e fontes proteicas em detrimento de fibras. Cerca de 10-25% dos pacientes com DD evoluirão com Diverticulite Aguda (DA), sendo que 95% das vezes essa complicação ocorrerá no sigmoide. Um quarto dos pacientes com DA irão apresentar complicações como perfuração, fístula, obstrução ou estenose. Relato de Caso: Há dez dias O.M. de 64 anos iniciou com dor em cólica de 10/10 no hipogástrico que irradiava para mesogástrico e flanco esquerdo. Associada com distensão abdominal, sinais de irritação peritoneal e náuseas nos primeiros dois dias da dor, que evoluiu em melhora. Refere melena após sete dias do início do quadro, durante dois dias. Ao Exame Físico apresentou abdome doloroso à palpação superficial. Hipocorado, gemente, dispneico e com diurese baixa. Também apresentava melena e evacuou de cinco a seis vezes com este achado em âmbito hospitalar. Demais sistemas sem alterações. Exames Laboratoriais: hematócrito 36,5%, leucócitos de 13.000, TGO: 51 e TGP: 79. Foi solicitado uma Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome Superior com Contraste Iodado, sendo encontrado uma importante Doença Diverticular dos Cóloons, com inflamação no sigmoide, pequeno Pneumoperitônio e Divertículos com focos de ruptura. O diagnóstico foi fechado como Diverticulite Aguda Perfurada, sendo prescrito dieta zero, tramadol, dipirona, ranitidina, metronidazol, ceftriaxona e soro glicosado. Apesar de ser um caso de perfuração do cólon, foi adotada pela equipe cirúrgica conduta expectante por 48 horas em analgesia com opióico associado a dipirona, devido a dor de caráter bastante intenso e antibioticoterapia com cobertura para anaeróbios e gram negativos usando o Metronidazol e Ceftriaxona para cobrir os patógenos gram positivos. Caso na reavaliação em dois dias o quadro não houvesse melhora ou mesmo seguisse em piora, o paciente seria conduzido à conduta cirúrgica. Paciente evoluiu com melhora, recebendo alta, sem necessidade de conduta cirúrgica. Conclusão: A conduta adotada foi conservadora, optando-se pela antibioticoterapia e repouso, apesar de ser um caso complicado. Vê-se a necessidade de caracterização clínica e utilização de TC para confirmação, obtendo-se melhores resultados na antibioticoterapia precoce.

ESCLEROSE PERITONEAL FIBROSANTE COM CAUSA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL.

MÁRIO HENRIQUE BITAR SIQUEIRA, JULIO MARINHO DOS SANTOS NETO, CLAUDINEL MÁGIO JUNIOR, ANA VIRGINIA FERREIRA FIGUEIRA, VALTERDES SILVA NOGUEIRA, ANDREA PEDROSA RIBEIRO ALVES, AURELIO RICARDO TRONCOSO CHAVES JUNIOR, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- HUB, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- HUB, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- HUB, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- HUB, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- HUB, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- HUB, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- HUB, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA- HUB.

Miscelânea

Objetivo: relatar um caso de esclerose fibrosante capsular como causa de obstrução intestinal. Método: as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Resultado: S.M.S, 37 anos portadora de doença renal crônica devido a glomerulonefrite difusa aguda sob regime de diálise peritoneal evoluiu com dor abdominal, hiporexia, náuseas e vômitos. Colhido líquido peritoneal no mesmo dia, foi identificado líquido turvo com 15680 células com 91% de neutrófilos. Exames laboratoriais com Hb: 10,5; leucócitos: 48.460, bastonetes: 3% e segmentados 91% e plaquetas 340.000. Foi tratada com antibioticoterapia com expressiva melhora laboratorial e clínica. Porém após 1 mês paciente é admitida pelo Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário de Brasília com dores em andar superior do abdome com queixas de náuseas, vômitos e para de evacuação e flatos há 48 horas. Foi levantada hipótese de esclerose fibrosante capsular no peritônio devido ao episódio de peritonite em abril de 2016. Paciente foi submetido a laparotomia exploratória em que se identificou: presença de envelopamento total de cavidade abdominal por uma membrana de tecido conjuntivo fibroso, espesso, contínuo ao peritônio visceral, semelhante a um casulo, com áreas de calcificações. Aderências firmes e frouxas entre alças de intestino delgado, intestino grosso e mesentério. Não visualizado ponto de obstrução, presença de fezes em cólon transversal e descendente, não sendo possível acessar cólon sigmoide. Paciente após laparotomia teve boa evolução tendo tratamento apenas clínico com eliminação de flatos e fezes, sem queixas de dores abdominais. Conclusão: a fibrose capsular fibrosante é uma complicação rara da doença peritoneal, mas apresenta alta morbimortalidade. Analisando a fisiopatologia as pesquisas direcionam que a concentração de glicose e os produtos finais de glicosilação avançada altera a estrutura peritoneal e com piora juntamente ao quadro de peritonite. O diagnóstico é clínico e radiológico e deve ser suspeitado em pacientes com longo tempo de diálise peritoneal e com sintomas de obstrução intestinal.

**ESPLENECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA SECUNDÁRIA A PÚRPURA
TROMBOCITOPÊNICA IDIOPÁTICA NÃO RESPONSIVA A TRATAMENTO CLÍNICO - RELATO
DE CASO**

NATASHA GARCIA CALDAS, STEPHANIE DA SILVA FERNANDES, REBECCA CAROLINA SILVA LINS, ANDRE ARAUJO DE MEDEIROS SILVA, NIMER RATIB MEDREI
HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF.
Miscelânea

Introdução: Púrpura trombocitopenica idiopática (PTI) é doença imuno-mediada que afeta adultos e crianças, caracterizada por episódios de sangramento e baixa contagem plaquetária. A primeira linha de tratamento para a PTI é o uso de corticoides, mas apenas 20-40% dos casos apresenta resposta satisfatória a longo prazo. Esplenectomia é a escolha para pacientes não responsivos ao tratamento clínico, sendo que ¾ dos pacientes submetidos a cirurgia alcançam resposta satisfatória. Com o desenvolvimento de novas drogas para o tratamento da PTI nos últimos anos, como Rituximab, a indicação de esplenectomia ficou mais restrita, mas continua sendo uma escolha efetiva e de baixo custo para os casos refratários a múltiplas terapias. A cirurgia remove o sítio primário de destruição das plaquetas e de produção de auto-anticorpos, oferecendo resposta duradoura quando comparada a outros tratamentos. A esplenectomia videolaparoscópica se provou técnica segura, associada a menor morbidade, recuperação mais rápida e resposta hematológica similar em comparação a esplenectomia convencional. Relato do caso: Paciente de 17 anos, sexo feminino, com diagnóstico de PTI há 2 anos, acompanhando com a Hematologia, apresenta quadro não responsivo ao uso de corticoide e outras modalidades de tratamento clínico. Apresentou-se a cirurgia geral com indicação de esplenectomia confirmada por hematologista, já vacinada há cerca de 1 ano (H influenzae tipo B, meningococo tipo C e pneumococo) e com quadro de metrorragia, sangramento gengival, petéquias e equimoses difusas. Exames laboratoriais evidenciando plaquetas de 7mil. A despeito da transfusão de plaquetas, paciente seguia com plaquetas abaixo de 10mil. Devido a gravidade do quadro, optado pela transfusão de plaquetas logo antes do procedimento cirúrgico e realização de esplenectomia videolaparoscópica - cirurgia realizada com mínimo sangramento. Paciente realizou pós-operatório imediato em UTI, com hemograma de controle evidenciando 97mil plaquetas. Paciente segue em acompanhamento, sem novas manifestações hemorrágicas, mantendo uso de prednisona 5mg e último exame laboratorial disponível evidenciando plaquetas de 306mil. Conclusão: A esplenectomia é terapia padrão nos casos de PTI refratária ao tratamento clínico. A esplenectomia videolaparoscópica promove melhores resultados em curto prazo e resultados semelhantes a longo prazo quando comparado a cirurgia aberta, sendo considerada um método efetivo e seguro no tratamento da PTI.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE FECHAMENTO DE COMUNICAÇÃO INTERATRIAL EM
PACIENTES NA REGIÃO CENTRO-OESTE ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2017

PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA ALCANTARA PANIAGO, MATHEUS BORGES GUIMARÃES,
GUSTAVO MENDES ADRIANO, ALEXIS MELGAREJO MAINARDI, HUMBERTO DE SOUSA
PIRES FILHO, ERNANE ARANTES XAVIER, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, THIAGO
MELANIAS ARAUJO DE OLIVEIRA

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE-
CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA,
UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE-
CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA,UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA,
UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE-
CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA

Miscelânea

Objetivo: Descrever e analisar os casos de fechamento de CIA no centro-oeste entre os anos de 2008 e 2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente aos procedimentos caracterizados como fechamento de CIA, com paciente de todas as faixas etárias, na região Centro-oeste, entre os anos de 2008 e 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) dos respectivos anos. A seleção da amostra foi realizada a partir da plataforma Informações de Saúde (TABNET), foram selecionados indicadores epidemiológicos e regime, com a opção: Geral, por local de internação – a partir de 2008. **Resultados:** Entre 2008 e 2017 foram contabilizados 1670 procedimentos de fechamento de CIA. No ano de 2008, ocorreram 175 procedimentos na região Centro-Oeste, com destaque ao estado de Goiás, com 86 procedimentos, enquanto Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso tiveram, respectivamente, 40, 37 e 12 casos. Em relação a 2017, houve uma diminuição no número de fechamentos de CIA, ainda com Estado Goiás na frente, com 80 casos, e em sequência, Distrito Federal (23 casos), Mato Grosso do Sul (18 casos) e Mato Grosso (16 casos). Dos procedimentos documentados, houve óbito em 33 casos, totalizando 1,98% de taxa de mortalidade. Em relação ao regime em que o procedimento foi realizado, 1204 casos (72,10%) ocorreu em unidades privadas, 131 casos (7,84%) em unidades públicas, e 335 casos (20,06%) foi ignorado o regime em que ocorreu o procedimento. **Conclusão:** O estudo demonstrou uma queda no número de fechamento de CIA, com redução de aproximadamente 74,86 % na relação 2017/2008. Frente a esse resultado, uma possibilidade a essa redução é a existência de outro método para tratamento da CIA, como o cateterismo cardíaco. Com relação ao regime em que o procedimento foi realizado, percebe-se uma soberania da rede privada, e além disso um número grande de casos em que foi ignorado o regime. Deve-se analisar a possibilidade de uma maior atenção por parte da saúde pública para disponibilizar esse procedimento, além de se atentar as informações necessárias para enriquecer os bancos de dados.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O PERFIL DOS TRANSPLANTES RENAIIS REALIZADOS EM GOIÁS

GABRIELLA JAIME VIEIRA, LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA, LUÍS MÁRIO MENDES DE MEDEIROS, BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, DIOGO TELES DE LIMA, FÁBIO FERREIRA MARQUES, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL
UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA.
Miscelânea

Objetivos: Analisar o perfil dos transplantes renais realizados com órgão de doador falecido e de doador vivo no estado de Goiás, entre os anos de 2013 e 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo, com abordagem transversal realizado em Goiás entre os anos de 2013 e 2017. Os dados foram obtidos do sistema DATASUS, de ordem secundária, na categoria de base de dados no Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Utilizaram-se como variáveis: número de casos, caráter do procedimento (eletivo ou urgência), valor médio gasto, média permanência e óbitos. **Resultados:** Foram realizados no estado 398 transplantes renais no período determinado, sendo 71,86% com órgão de doador falecido (grupo 1) e 28,14% de doador vivo (grupo 2). Além disso, foi observado, no decorrer dos anos, aumento progressivo do número de casos no primeiro grupo com média anual de 57,2 casos, em contraste com um decréscimo no segundo com média de 22,4. Em relação ao caráter do procedimento predominou, em ambos, o tipo urgência correspondendo a 97,55% dentro do grupo 1 e 96,43% no grupo 2. O valor médio gasto foi de 35.654,4 reais no primeiro e 26.305,6 no segundo. Observou-se que o tempo médio de permanência em dias após realização do transplante foi similar entre os grupos, com valor de 10,7 e 10,4, respectivamente. Foi constatado uma taxa de mortalidade de 3,5 no grupo de doador falecido, enquanto no outro não foi encontrado nenhum óbito. Ressalta-se que esses óbitos referem-se aos ocorridos durante o tempo de permanência hospitalar dos pacientes transplantados. **Conclusão:** Percebe-se que há uma tendência de crescimento de transplante renal realizado com órgão de doador falecido, fato que se justifica tendo em vista a demanda aumentada para transplantes, determinando assim, uma maior aceitação de órgãos de doadores falecidos limitrofes (com critério expandido). Portanto, constata-se a necessidade de ampliar os estudos relacionados aos dois tipos de transplantes na tentativa de compará-los para determinar o real custo-benefício de cada um.

EXISTE SUPERIORIDADE ENTRE AS TÉCNICAS DE TRAQUEOSTOMIA QUANDO UTILIZADAS EM PACIENTES CRÍTICOS?

MARIANA CORTEZ DE OLIVEIRA, JOÃO PEDRO SOARES NUNES, BÁRBARA CAROL DE FRANÇA SOARES, AMANDA GONÇALVES SOUZA, PEDRO ANTÔNIO PASSOS AMORIM, YARA MARAISA SOUZA SIQUEIRA, LILIAN MARTINS LACERDA,
UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV.
Miscelânea

Objetivo: Traqueostomia é um dos procedimentos mais antigos e mais comumente realizados em pacientes criticamente doentes. Há controvérsias quanto à superioridade entre as duas técnicas de traqueostomia: traqueostomia cirúrgica (TC) e traqueostomia dilatada por punção (TDP) (Raimondi et al., 2016). Objetivou-se então fazer uma revisão da literatura recente afim de analisar se existe superioridade entre os tipos de técnicas de traqueostomia quanto à: risco de complicações, taxa de infecção, tempo de execução e curva de aprendizagem; quando realizadas em pacientes atendidos na emergência e que precisam de terapia intensiva. Método: A revisão foi realizada por meio da consulta às bibliotecas virtuais Periódicos BVS, PubMed e Scielo através do termo de busca “tracheostomy critically ill”. Os artigos selecionados para análise foram apenas aqueles publicados entre 2013 e 2018 em revistas científicas da área médica. Foi feita uma segunda seleção dos artigos que comparavam as técnicas de traqueostomia em pacientes críticos. Após este processo, os artigos foram lidos na íntegra e analisados. Resultados: A busca produziu 115 artigos, porém apenas 9 cumpriram os critérios de inclusão e foram analisados. Em relação à taxa de infecção, a técnica aberta comparado a percutânea tem menor prevalência de infecção (Dempsey et al., 2015). Já Mehta et al. (2017) mostrou uma incidência de infecção 4,6 vezes menor na TDP comparada a TC. Quanto a complicações pós-operatórias, nenhum estudo comparou as complicações entre TC e TDP. Dentre as variações da TDP, Mehta et al. (2017) considerou a técnica “Ciaglia Blue Rhino” superior devido a menor taxa de complicações relacionadas às demais técnicas de TDP. Já a técnica de Fantoni foi associada a complicações mais graves necessitando converter para a técnica aberta. Quanto à curva de aprendizagem e dificuldade de execução, Gobatto et al. (2016) considerou TC mais segura nos casos de marcos anatômicos de difícil palpação enquanto que a TDP depende de maior experiência do operador. Todos autores concordam que a técnica recomendada para casos de emergência é a TC devido ao menor tempo empregado na sua execução. Conclusões: TC foi superior à TDP em pacientes críticos com necessidade de rápida execução e com difícil palpação das estruturas anatômicas. São necessários estudos comparativos com uma amostragem maior e que avaliem a longo prazo: complicações pós-operatórias tardias e a taxa de infecção entre as duas técnicas de traqueostomia.

FÍSTULA SIGMOIDEOVAGINAL POR DOENÇA DIVERTICULAR: UM RELATO DE CASO

CAMILA PIRES MARINHO, PAULO VICTOR GUIMARÃES MOREIRA, VERÔNICA MACIEL ZULIAN, JULIANE NOGUEIRA DE OLIVEIRA, MARIA PAULA BESSA DE FREITAS, GABRIELA MIRANDA SANTANA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA.

Miscelânea

INTRODUÇÃO: As fístulas colovesicais e colovaginais podem ser complicações tardias da doença diverticular colônica. A diverticulite geralmente envolve o cólon sigmoide e as fístulas desenvolvem-se a partir desse segmento, em sua maioria. A taxa de incidência varia, sendo 65% colovesicais, 25% colovaginais e 10% coloentéricas e coluterinas. Parece haver um fator protetor anatómico uterino contra inflamação vesical e vaginal, o que justificaria a maior incidência de fístulas colovesicais e colovaginais em mulheres histerectomizadas. **RELATO DE CASO:** ANS, 59 anos, feminino, hipertensa, histerectomizada há 14 anos. Em novembro/17 realizou laparotomia exploradora com apendicectomia, na qual foi evidenciada doença diverticular. Após 1 mês, notou secreção vaginal fecaloide associada à dor em baixo ventre e fossa ilíaca direita (FID), sem fatores de melhora ou piora. Nega febre e alterações de ritmo evacuatório. Desde então os sintomas se mantêm sem progressão. Ao exame físico demonstrou ruídos hidroaéreos fisiológicos, palpação abdominal profunda dolorosa difusa mais evidente em FID, sem sinais de irritação peritoneal e toque vaginal doloroso com ausência de sangue ou fezes em dedo de luva. Realizou: tomografia computadorizada (TC) abdominal contrastada (31/12/17), evidenciando trajeto fistuloso do terço superior da vagina com alças intestinais em FID e difusos divertículos cólicos sem sinais inflamatórios; colonoscopia (09/04/18), apresentando doença diverticular em cólon esquerdo e transversal, sem visualização de fístula. Assim, optou-se por laparotomia exploradora, na qual evidenciou-se aderência de cólon sigmoide com cúpula vaginal e bexiga, além de trajeto fistuloso sigmoideovaginal. Realizou-se retossigmoidectomia, fechamento de cúpula vaginal, cistografia e Hartmann. **CONCLUSÃO:** As fístulas sigmoideovaginais são as mais prevalentes fístulas cologenitais causadas pela doença diverticular. Geralmente a clínica das pacientes é inespecífica, atrasando o diagnóstico. Além disso, é comum achado negativo em colonoscopia e enema opaco. No caso em questão, o conteúdo fecaloide permitiu que a suspeita fosse levantada e confirmada pela TC. A abordagem cirúrgica para correção é concluída em campo, a partir da identificação pelo cirurgião do trajeto fistuloso, processo inflamatório adjacente e complicações associadas. Casos como esse auxiliam os profissionais da saúde a identificarem um possível primeiro sinal de doença diverticular e realizarem a propedêutica adequada.

MÉTODOS DE PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA PERIOPERATÓRIA

OEMIS EDUARDO XAVIER, MILENA TORRES MELO, EDUARDA CARDOSO RIBEIRO, BRUNA HIROTA ALVES DE ALMEIDA, JORGE HENRIQUE ASSUNÇÃO DIAS, FLÁVIO ADORNO ROSA, , UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE.

Miscelânea

Objetivo: Analisar os métodos de prevenção da hipotermia perioperatória existentes, tendo em vista a frequência relevante dessa condição nos atos cirúrgicos e seus prejuízos aos pacientes. **Método:** Foi realizada uma revisão narrativa de artigos científicos publicados a partir de 2013 nas plataformas Scielo e LILACS, com os descritores: Hipotermia, período perioperatório, Reaquecimento. **Resultados:** A hipotermia (HP) é caracterizada por diminuição da temperatura central abaixo de 36°C. Em cerca de 96% das cirurgias o paciente tem HP, sendo que 79% desses são mulheres. Essa condição é facilmente atingida, pois o ambiente operatório fica entorno de 20°C, os fluidos injetados estão em temperatura baixa, os anestésicos inibem o centro regulador da temperatura, reduz o metabolismo e aumenta a vasodilatação. Entre as principais consequências da HP estão: coagulação intravascular disseminada, hemorragia, infecções, hipóxia e depressão do sistema nervoso. O aquecimento corporal perioperatório permite maior conforto, diminui alterações hemodinâmicas e o tempo de permanência na unidade de cuidados. Os métodos de aquecimento podem ser passivos (MAP) ou ativos (MAA). Dentre os MAP destacam-se o uso de cobertor de algodão, campos cirúrgicos quentes e aquecimento do bloco operatório. Entre os MAA sobressaem o sistema de circulação de água quente (SCAQ), os fluidos intravenosos aquecidos (FIA), a técnica de ar forçado (TAF), a manta térmica (MT) sistemas de aquecimento e umidificação de gases e anestésicos inalados (SAUGAI). Os estudos mostraram que o uso isolado dos MAP não é eficaz na prevenção da HP, porém potencializa a eficácia dos MAA. A administração de FIA é eficaz na manutenção da temperatura, na redução do tempo de internação, da ocorrência de contrações involuntárias e das alterações hemodinâmicas. A MT é eficaz se utilizada desde 30 minutos antes da aplicação do anestésico até 120 minutos depois do ato cirúrgico. A eficácia do SCAQ se estende desde a prevenção de quedas de temperatura no período perioperatório até o pós-operatório. A TAF revelou-se boa relação custo-benefício na prevenção. **Conclusões:** Os MAA são mais eficazes se comparado aos MAP, mas estes complementam aqueles quando usados em conjunto. A associação de MAA pode aumentar o tempo de resistência à HP no intraoperatório. Dentre os MAA, os mais eficientes são SCAQ e a TAF. A prevenção da HP está relacionada com redução do tempo de internação e, conseqüentemente, de gastos.

HÉRNIA DE DISCO TORÁCICO: DESCOMPRESSÃO CIRÚRGICA POR VIA POSTERIOR À LA CARTE

MURILO TAVARES DAHER, RICARDO VIEIRA TELES FILHO, ADRIANO PASSÁGLIA ESPERIDIÃO, BRENDA CRISTINA RIBEIRO ARAÚJO, ANDRÉ LUIZ PASSOS CARDOSO, WILSON ELOY PIMENTA JÚNIOR, SÉRGIO DAHER, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL, CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER), GOIÂNIA, GO, BRASIL, CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER), GOIÂNIA, GO, BRASIL, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, GOIÂNIA, GO, BRASIL, CENTRO DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO (CRER), GOIÂNIA, GO, BRASIL.

Miscelânea

Objetivos: Apresentar os resultados clínicos e radiográficos de pacientes com hérnia de disco torácico tratados pela via posterior com uma abordagem que variou de acordo com a localização e o tipo da hérnia (descompressão à la carte). **Métodos:** Foram avaliados treze pacientes (quatorze hérnias) tratados pela via posterior. Oito (61,5%) pacientes do sexo masculino e média de idade de 53 anos (34 a 81). A avaliação clínica foi realizada através de escala de Frankel e JOA modificada. Todos os pacientes foram submetidos à abordagem posterior, que foi realizada por facetectomia, via transpedicular, via transpedicular + ressecção parcial do corpo, costotransversectomia ou costotransversectomia + reconstrução com CAGE. **Resultados:** O tempo médio de seguimento foi de 2 anos e 6 meses (11 a 77 meses). Das 14 hérnias operadas, seis (43%) eram laterais, duas (14%) centrolaterais e seis (43%) centrais. Sete eram moles (50%) e sete calcificadas. A abordagem transfacetária foi realizada em cinco casos (36%), transpedicular em um caso (7%), transpedicular + ressecção parcial do corpo em quatro casos (29%), costotransversectomia em três casos (21%) e costotransversectomia + CAGE em um caso (7%). A grande maioria dos pacientes com hérnias laterais foi submetida a descompressão transfacetária (5/6) e nos casos de hérnia central ou centrolateral todos foram submetidos a descompressão mais ampla. **Conclusões:** A via posterior é segura e eficaz no tratamento da maioria dos casos de hérnia de disco torácico, devendo ser escolhida a melhor abordagem de acordo com a localização da hérnia, do seu tipo e da experiência do cirurgião.

PARACOCIDIOIDOMICOSE COM MANIFESTAÇÃO INTRA-PERITONEAL: RELATO DE UM CASO

BRUNA MORAIS CORDEIRO, CARLA CIBELLE ROSA COELHO VIOTI, FLAVIO VECCHI, MARCIO MATIAS, EDMOND RAYMOND LE CAMPION

UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA.

Miscelânea

OBJETIVO: A Paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica rara cujo agente etiológico é o fungo Paracoccidioides brasiliensis e pode ser transmitida pelo ar. Clinicamente se manifesta com úlceras granulomatosas na pele associada a linfonodomegalias superficiais e infiltrado inflamatório pulmonar. No entanto, manifestações extrapulmonares podem ser encontradas, apesar de raras. A partir do exposto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de Paracoccidioidomicose com manifestação clínica abdominal. **MÉTODO:** Estudo descritivo de um único caso (relato de caso) de paciente apresentando manifestações clínicas sistêmicas e abdominais, com diagnóstico de Paracoccidioidomicose. **RESULTADO:** Paciente de 26 anos, do sexo masculino, admitido no Centro Hospitalar Ânima, na cidade de Anápolis, Goiás, com quadro de dor abdominal em andar superior do abdômen de forte intensidade, associado à febre, astenia e tosse seca. Ao exame clínico, o paciente tinha bom estado geral, corado, hidratado e com temperatura axilar de 38 graus Celsius. Semiologia cardiovascular e pulmonar normais, no entanto apresentando dor abdominal à palpação profunda em andar superior do abdômen sem outras alterações clínicas. O paciente apresentava radiografias de tórax e exames laboratoriais normais, com exceção de elevação do VHS. Em tomografia computadorizada de abdômen, foi evidenciado hepatoesplenomegalia associado a múltiplas linfonodomegalias intraperitoneais/retroperitoneais e nódulos esplênicos hipovasculares menores que 1cm. As hipóteses diagnósticas iniciais eram de tuberculose ou doença mieloproliferativa. Assim, para definição do caso, devido ao quadro clínico foi indicado videolaparoscopia diagnóstica com os seguintes achados: linfonodomegalias intraperitoneais em hilo hepático e em pequena curvatura gástrica, a maior medindo 2 cm, hepatoesplenomegalia homogênea associado a nódulos esplênicos, o maior medindo 1 cm. Foi realizado biópsia excisional de linfonodo intraperitoneal, biópsia hepática e de nódulo esplênico. Resultado anatomopatológico: linfadenite, hepatite e esplenite granulomatosa fúngica compatível com Paracoccidioidomicose. **CONCLUSÃO:** A Paracoccidioidomicose é uma doença rara, principalmente quando envolve manifestação clínica abdominal. No entanto, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de doenças mais prevalentes que cursam com síndromes febris, associado à hepatoesplenomegalia e linfonodomegalias sistêmicas como tuberculose e doenças mieloproliferativas.

PROCEDIMENTOS DE ANGIOPLASTIA CORONARIANA C/ IMPLANTE DE STENT E SUAS TAXAS DE MORTALIDADE EM GOIÁS, DE 2008 A 2017

THIAGO MELANIAS ARAUJO DE OLIVEIRA, ALEXIS MELGAREJO MAINARDI, ERNANE ARANTES XAVIER, GUSTAVO MENDES ADRIANO, HUMBERTO DE SOUSA PIRES FILHO, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, MATHEUS BORGES GUIMARÃES, PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA ALCANTARA PANIAGO

UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV
Miscelânea

Objetivo: Avaliar o número de procedimentos e a taxa de mortalidade em angioplastia coronariana com implante de stent no estado de Goiás, no período compreendido entre 2008 a 2017. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, de dados obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Foi quantificado o número de procedimentos de angioplastia com implante de stent e suas respectivas taxas de mortalidade entre os anos de 2008 a 2017 em Goiás. **Resultados:** Obedecendo aos critérios de apresentação, foram realizados 12.350 procedimentos de angioplastia com implante de stent em Goiás, no período de 2008 a 2017. Com relação ao número de procedimentos, obteve-se: 2008 com 621 cirurgias (5,02%), 2009 com 639 (5,17%), 2010 com 782 (6,33%), 2011 com 905 (7,32%), 2012 com 969 (7,84%), 2013 com 1413 (11,44%), 2014 com 1641 (13,28%), 2015 com 1854 (15,01%), 2016 com 1493 (12,08%) e 2017 com 2033 (16,46%) procedimentos. Em relação às taxas de mortalidade, houve a seguinte apresentação: 2008 (com taxa de 0,97), 2009 (com 1,41), 2010 (0,38), 2011 (0,66), 2012 (1,24), 2013 (1,34), 2014 (1,46), 2015 (1,78), 2016 (2,08) e 2017 (1,33). A taxa total, em todos os anos, foi de 1,38. **Conclusões:** Os procedimentos de angioplastia com implante de stent realizados no período entre 2008 e 2017, foram muitos, resultando em mais de 12.000 cirurgias no estado de Goiás. Houve padrão de aumento gradativo no número de procedimentos, com queda apenas de 2015 para 2016. Sobre as taxas de mortalidade envolvidas, observou-se padrão oscilante com tendência de alta no período analisado, sendo 2016 o ano que apresentou maior taxa, mesmo tendo queda no número de procedimentos em relação ao ano anterior.

RELATO DE CASO CONCERNENTE À PONTE MIOCÁRDICA NA ARTÉRIA DESCENDENTE ANTERIOR ESQUERDA: UMA ANOMALIA CONGÊNITA RARA

VERGÍLIO PEREIRA CARVALHO, AMARA CHEBLI BAPTISTA, LILIAN MARTINS LACERDA, KATIÚSCIA PEREIRA DE RESENDE, ANA LUIZA SANTA CRUZ LEÃO MACHADO, RENATO CANEVARI DUTRA DA SILVA.

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV), UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV), UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV), UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV), UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV), UNIVERSIDADE DE RIO VERDE (UNIRV).
Miscelânea

Introdução: Define-se como ponte miocárdica uma porção do tecido miocárdico que faz uma ponte sobre um segmento da artéria coronária, sobretudo a artéria coronária descendente anterior esquerda (PARASKEVAS; KOUTSOULIANIOTIS; ILIOU, 2017). Verifica-se que a ponte miocárdica foi descrita pela primeira vez em 1737 por Reyman, e em 1951, uma pesquisa sistemática foi realizada por Geiringer (PARASKEVAS; KOUTSOULIANIOTIS; ILIOU, 2017). Embora a ponte miocárdica seja geralmente considerada uma condição benigna, diversos estudos demonstraram associação entre a ponte miocárdica e as síndromes coronárias agudas, precordialgia, arritmias, disfunções do ventrículo esquerdo, cardiomiopatia induzida por estresse, também conhecida por cardiomiopatia de Takotsubo e morte súbita (CERRATO et al., 2017; FALLAVOLLITA et al., 2016). **Relato do caso:** Paciente sexo feminino, 55 anos, previamente hígida, há três dias evoluiu com quadro de precordialgia, em opressão, constante e de forte intensidade irradiada para membro superior esquerdo, associada a sudorese fria constante, pré-síncope e dispnéia aos moderados esforços. Ela relata que na maior parte do dia apresenta-se com afeto modulado evoluindo constantemente com sintomas ansiosos excessivos. Foi realizado eletrocardiograma com isquemia anterior e seriada enzimas marcadoras de necrose miocárdica com troponina positiva e creatinoquinase (CK) -MB de 48 U/l (valor de referência 25 U/l). Optou-se pela realização de angiografia coronária em que na coronariografia foi constatado artéria descendente anterior esquerda, com lesão de 30% em terço proximal e ponte miocárdica no terço médio e ausência de doença aterosclerótica. Foi prescrito bisoprolol 2,5 mg pela manhã e citalopran 5 mg ao dia, com suspensão dos antiagregantes plaquetários e anticoagulante, não havendo recorrência de dor torácica durante a internação, tendo recebido alta em boas condições clínicas. **Conclusões:** O pilar da assistência médica e o tratamento devem se concentrar no alívio de potenciais desencadeantes e distúrbios hemodinâmicos que agravam a ponte miocárdica, como hipertensão, hipertrofia do ventrículo, aumento da frequência cardíaca, redução do período de enchimento coronariano diastólico e contratilidade e compressão inadequadas das artérias coronárias.

RELATO DE CASO: RECONSTRUÇÃO LARÍNGEA EM PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA CERVICAL TIPO “DEGOLA”.

LANDWEHRNER LUCENA DA SILVA, CARLOS UMBERTO FERREIRA JUNIOR, LILIANE CORREA FERREIRA, PHABIO CLAUDINO ESTRELA TERRA TEODORO, WLADIMIR FERNANDES BEZERRA, JORDANA NOGUEIRA GOMES, CLARISSA BEZERRA DE SANTANA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Miscelânea

INTRODUÇÃO: Os traumas laringeos são raros e correspondem a somente 1/30000 casos nos atendimentos de emergência (USA) e 1% de todos os traumas contusos. Traumas abertos são responsáveis por apenas 15 a 20% de todos os traumas laringeos. Este trabalho apresenta um caso de trauma laríngeo aberto e seu tratamento cirúrgico. **RELATO DE CASO:** Paciente, 36 anos, caucasiano, deu entrada no box de trauma do HRT em abril/2018, trazido de Unidade de Pronto Atendimento com história de ferimento por arma branca do tipo “degola”, com exposição de via aérea tendo sido entubado pelo ferimento por visualização direta e apresentando sangramento contido por curativo compressivo. Apresentava-se sob sedoanalgesia com midazolam e fentanil, instável hemodinamicamente com uso de noradrenalina. O paciente foi imediatamente encaminhado à sala de cirurgia de emergência. No intraoperatório observou-se extenso ferimento em zona II com secção completa da faringe entre a cartilagem tireóidea e o osso hioideo com exposição da via aérea e do esfago proximal. Observou-se também lesão de vários vasos cervicais, aparentemente venosos, que foram ligados. Observou-se ainda exposição e lesão parcial do ligamento longitudinal anterior da coluna cervical. Durante o procedimento, optamos pela realização de cricotireoidostomia pois a anatomia apresentava-se alterada e havia grande dificuldade para realização de traqueostomia em decorrência da tração caudal da traqueia. Foi realizado reconstrução das paredes da laringe com fio de Polipropileno 2-0. Após reconstrução da laringe, foi posicionado dreno de Penrose bilateralmente com drenagem do local de sutura. Realizou-se a reconstrução da musculatura cervical e das demais camadas até a pele. Optou-se então por realização de fixação do posicionamento cervical em flexão com realização de ponto de fixação em mento e na parede torácica. O paciente foi mantido sob sedoanalgesia e entubado por 7 dias em unidade de terapia intensiva. Após esse período, o paciente apresentou melhora do padrão hemodinâmico sendo retirado gradativamente a medicação vasoativa e iniciado protocolo de despertar diário. No 12º dia de pós-operatório o paciente recebeu alta da UTI sendo encaminhado à enfermagem, desperto, contactuante e deambulando. **CONCLUSÃO:** Lesões laringeas abertas são eventos raros, mas que causam grande mortalidade nas primeiras horas do trauma. O manejo correto do paciente traumatizado, conforme os preceitos do ATLS promovem adequada assistência.



RELATO DE CASO: ROTURA ESPONTÂNEA DE RIM EM PACIENTE USUÁRIO DE RIVAROXABANA

LANDWEHRNER LUCENA DA SILVA, VICTOR HUGO LEITE PEIXOTO, LEONARDO RODOVALHO, JOSÉ GABRIEL JUNIOR, PHABIO CLAUDINO ESTRELA TERRA TEODORO, WLADIMIR FERNANDES BEZERRA, JORDANA NOGUEIRA GOMES, CLARISSA BEZERRA DE SANTANA

HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.

Miscelânea

INTRODUÇÃO: A síndrome de Wunderlich é definida como sangramento espontâneo não-traumático do rim. É pouco frequente mas apresenta-se como entidade ameaçadora da vida. A maioria dos casos relaciona-se a neoplasias renais. Este trabalho descreve um caso de ruptura renal espontânea não-traumática em paciente usuário crônico de rivaroxabana. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo masculino, 39 anos, em tratamento de trombose venosa profunda com rivaroxabana na dose de 20 mg ao dia, foi admitido na emergência com quadro de abdominal em flanco esquerdo e região lombar esquerda de forte intensidade, associada a massa palpável nesta localidade e sinais de hipovolemia (taquicardia, palidez, desidratação, sonolência e extremidades frias). Exames laboratoriais mostraram hemoglobina: 9.72, hematócrito 3.24, leucócitos 17100 com desvio à esquerda, plaquetas 362.000, TTPa 43 segundos e INR 1.47. Foi realizado ultrassonografia que mostrou "...volumosa massa de etiologia proveniente do rim esquerdo, ocupando os pólos superior/médio e presença de ascite". Na ocasião, foi realizado tomografia de abdome que estava prontamente disponível que mostrou "...extensa coleção retroperitoneal, rechaçando o corpo/cauda do pâncreas anteriormente, rechaçando o rim esquerdo antero-superiormente, predominantemente no hemi-abdome esquerdo, medindo cerca de 27.6x24.3x15.2cm (volume 5301cm³), ocupando até a região abdominal/pélvica com extravasamento de contraste em região peri-renal à esquerda". O paciente apresentou rapidamente queda dos níveis de hemoglobina, apesar da realização de ressuscitação volêmica, chegando a 6.4. No intraoperatório observou-se grande hematoma retroperitoneal ocupando os quatro quadrantes do abdome. Foi realizado manobra de Mattox com visualização de hematoma aderido à parede posterior do rim esquerdo e lesão nesta localidade com sangramento arterial ativo. Em decorrência da dificuldade de realização de hemostasia no momento do procedimento e do grau de sangramento, foi optado por realização de nefrectomia esquerda. O paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta hospitalar após avaliação da unidade de nefrologia e de cirurgia vascular. Mantém acompanhamento ambulatorial. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica não mostrou qualquer alteração. **CONCLUSÃO:** A síndrome de Wunderlich é entidade rara, mas que pode levar a óbito rapidamente, configurando causa de abdome agudo hemorrágico que deve ser considerado em casos de hematoma retroperitoneal não-traumático.



SARCOMA DE EWING: TRATAMENTO CIRÚRGICO E NÃO CIRÚRGICO

MURYLO HENRIQUE FERREIRA DE BRITO, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, KARINA LOPES DIAS, MATHEUS PINHEIRO DE ABREU FALCÃO, LUCAS PEREIRA GUIMARÃES
UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE.

Miscelânea

OBJETIVO: A revisão de literatura objetivou reconhecer quais são os tratamentos existentes para o Sarcoma de Ewing e identificar qual é o mais adequado. **MÉTODO:** Foi realizada uma revisão de literatura, descritiva com coleta de dados em artigos científicos indexados em fontes, como: SciELO, LILACS e Google Acadêmico. Os descritores pesquisados foram: "Sarcoma de Ewing" e "Tratamento". **RESULTADOS:** Sarcoma de Ewing é uma doença neoplásica de acometimento ósseo de pequenas células circulares, é um dos tumores malignos mais comuns em crianças e adultos jovens com predominância pelo gênero masculino e com raridade na população negra. Ocorre frequentemente nas epífises dos ossos longos e é originado na cavidade medular. O tratamento é baseado em modelo multidisciplinar, por meio de radioterapia para o controle do sítio primário da malignidade ou quimioterapias neoadjuvantes e adjuvantes com cirurgia. As cirurgias são métodos importantes de intervenção, podem ser utilizados: auto-enxertos, endopróteses e aloenxertos, porém existe risco de complicações, infecções e fraturas. A radioterapia é utilizada no enfrentamento do Sarcoma de Ewing, devido à radiosensibilidade apresentada pelo tumor, sendo recomendada em ressecções cirúrgicas incompletas; frequentemente a monoterapia com radiosensibilidade apresenta recorrência do tumor. Para o controle local, a ressecção cirúrgica tem apresentado melhores resultados que a radioterapia definitiva. **CONCLUSÕES:** O tratamento que será instituído depende das características do paciente e do tumor, sendo que a individualidade na decisão terapêutica é fundamental na seleção do método. São fatores determinantes na decisão terapêutica: tamanho do tumor, sua extensão, seu local de acometimento, resposta a radioterapia, resposta ao tratamento cirúrgico, idade do paciente. A abordagem multidisciplinar e multiprofissional se torna mandatória nesses casos, sendo por isso, instituída abordagem cirúrgica e não cirúrgica no tratamento da maioria dos pacientes que apresentam Sarcoma de Ewing. **REFERÊNCIAS:** Batistão GT, Tiezzi GFM, Salge AKM, Abate DTRS, Olegário JGP, Silva Junior EL, et al. Sarcoma de Ewing/Pnet primário pré-sacral. Medicina (Ribeirão Preto) 2015;48(5): 518-22. Porto JPA. Sarcoma de ewing terapêutica atual e nova abordagem terapêutica: trabectedina. Coimbra (Portugal). Dissertação [Mestrado integrado em medicina] - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2014.



SÍNDROME DO LIGAMENTO ARQUEADO: RELATO DE CASO

MARIO HENRIQUE BITAR SIQUEIRA, ANDREA PEDROSA RIBEIRO ALVES, ANA VIRGÍNIA FERREIRA FIGUEIRA, ANDREA AMALIA CAMPOS PIMENTEL, CLAUDINEL MAGIO JUNIOR, GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA, LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE, BRUNO LUIS OLIVEIRA CORREA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.

Miscelânea

Introdução: O ligamento arqueado é uma estrutura fibrosa que geralmente se localiza em contato com a aorta acima da origem do tronco celiaco. O paciente portador da síndrome do ligamento arqueado possui sintomas de dor abdominal pós prandial, perda de peso e vômitos. **Relato de caso:** MLR, F, 57 anos, solteira, sem filhos, secretária, natural Santa Rita de Cássia - BA e residente em Candangolândia- DF. Paciente deu entrada no ambulatório de Cirurgia Geral do Hospital Universitário de Brasília com queixa de distensão abdominal difuso e diário há 3 anos. Refere piora à noite e pela manhã ao acordar, associado a episódios frequentes de dor abdominal difusa principalmente em quadrantes inferiores. Queixa de sensação de plenitude e quadro de náuseas e vômitos episódicos. Teve perda ponderal de 2kg nos últimos 2 meses. Como antecedentes pessoais tem apenas mastoplastia redutora. E em uso de duloxetine devido a transtorno de ansiedade diagnosticado. Realizado tomografia computadorizada do dia 28 de agosto de 2017 com Síndrome do ligamento arqueado mediano, com compressão celiaca e mesentérica superior. Nódulo hipervascular no lobo hepático direito diagnóstico diferencial inclui hiperplasia nodular focal e adenoma. Nefrolitíase a direita, e esparsos pequenos cistos renais simples. Em angiotomografia de abdome do dia 25 de novembro de 2017: Compressão extrínseca do tronco celiaco imediatamente após a sua origem pelo ligamento arqueado. Paciente foi submetida a operação no dia 21 de fevereiro de 2018 com identificação e secção do ligamento arqueado que cruzava tronco celiaco. Paciente teve boa recuperação pós operatória com boa aceitação da dieta com alta hospitalar no segundo dia pós operatório. **Conclusão:** Alguns autores refere que a síndrome é devido a redução de fluxo sanguíneo causado pela compressão em tronco celiaco. A angiotomografia com cortes finos é atualmente o melhor método para diagnósticos por imagem. Aos pacientes sintomáticos é recomendado a operação para secção do ligamento arqueado.

TRATAMENTO CONSERVADOR DA DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA COM PERFURAÇÃO INTESTINAL

ISADORA GARCIA CARNEIRO KRIUNAS SEVERINO, RENATO SOUZA LUZ PEDROSA, BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, FÁBIO FERREIRA MARQUES, GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO, GABRIELA JAIME VIEIRA, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL

UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA.

Miscelânea

Introdução: A Diverticulite Aguda, é uma intercorrência da doença diverticular, com maior incidência na poção sigmoide. A confirmação diagnóstica se dá sobretudo por uma anamnese e exame físico detalhados, além de Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome e Pelve. Além disso, a abordagem cirúrgica deve ser programada quando há falha no tratamento clínico, nos casos de abscesso não acessível à drenagem e em imunocomprometidos. Relato de Caso: Há dez dias O.M. de 64 anos iniciou com dor em cólica de 10/10 no hipogástrio que irradiava para mesogástrio e flanco esquerdo. Associada com distensão abdominal, sinais de irritação peritoneal e náuseas nos primeiros dois dias da dor, que evoluiu em melhora. Refere melena após sete dias da abertura do quadro, que durou dois dias, até ser admitido neste hospital. Nega comorbidades. Relata mudança de hábitos alimentares, com diminuição de massas e refrigerantes, com aumento de água e perda de treze quilos em 4 meses. Ao Exame Físico da admissão apresentou abdome globoso, flácido e doloroso à palpação superficial. Afebril, Hipocorado, gemente, dispneico e com diurese baixa. Também apresentava melena e evacuou de cinco a seis vezes com este achado em âmbito hospitalar. Demais sistemas sem alterações. Exames Laboratoriais: hematócrito 36,5%, leucócitos de 13.000, TGO: 51 e TGP:79. Foi solicitado uma Tomografia Computadorizada de Abdome Superior com Contraste lodado, sendo encontrado uma importante Doença Diverticular dos Cóloons, com inflamação na região médio proximal do sigmoide, pequeno Pneumoperitônio e Divertículos com focos de ruptura. O diagnóstico foi fechado como Diverticulite Aguda Perfurada, sendo prescrito dieta zero, tramadol, dipirona, ranitidina, metronidazol, ceftriaxona e soro glicosado. Apesar de ser um caso de perfuração do cólon, foi adotada pela equipe cirúrgica conduta expectante por 48 horas em analgesia com opiáceo associado a dipirona, devido a dor de caráter bastante intenso e antibióticoterapia com cobertura para anaeróbios e gram negativos usando o Metronidazol e Ceftriaxone para cobrir os patógenos gram positivos. Paciente evoluiu com melhora após 3 dias, recebendo alta, sem necessidade de conduta cirúrgica. Conclusão: A conduta adotada no caso foi conservadora, optando-se pela antibióticoterapia e repouso, apesar de ser um caso complicado. Vê-se a necessidade de caracterização clínica e utilização de TC para confirmação, obtendo-se melhores resultados na antibióticoterapia precoce.

TUMOR GLÔMICO, UM RELATO DE CASO.

ISABELA ASSIS CAMPOS, RICARDO MONTE SERRATE SILVA, ANA CAROLINNE ALVES MARIANO, HELLEN KARYNNE SILVA, HINGRYD LORENNNA SILVA, WIULLER OLIVEIRA SILVERIO

FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER.

Miscelânea

Relato de caso: Paciente M.Q.G, feminino, 50 anos, com histórico de nódulo em punho direito, há seis meses, refere dor local esporádica a movimentação do punho, que intensifica-se com o frio. Ao exame físico apresentava nódulo de aproximadamente 01 cm no terço proximal e medial em punho direito, móvel, doloroso a compressão. Foi submetida a exérese da nodulação em punho direito no qual foi achado uma lesão nodular dura friável, aderida a gordura pré-muscular, de coloração cinzenta. Foi realizado a retirada de fragmentos e enviadas ao anatomo-patológico no qual foi levantado o diagnóstico de tumor glômico de padrão sólido, e posteriormente realizou-se a ampliação de margens, ressecção em cunha longitudinal. No acompanhamento paciente referiu melhora da sintomatologia. Objetivo: Descrever e retratar o caso clínico de lesão nodular rara das células glômicas, uma lesão neoplásica benigna, geralmente única, mais comumente encontrado na mão, particularmente na falange distal dos dedos ,caracterizado por uma tríade composta por: dor paroxística, hipersensibilidade ao frio e pressão, prejuízo funcional. Apesar de ser uma patologia rara merece especial atenção pela apresentação dos seus sintomas, levando o paciente a apresenta-los por meses e até anos sem diagnóstico e tratamento iniciais adequados, assim nossos propomos a revisar o quadro clínico, diagnóstico, tratamento e seguimento dessa paciente. Método: As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico da lesão e estudo descritivo do tipo relato de caso baseado em dados em uma revisão da literatura na base de dados LILACS e SciELO entre os anos 2013-2018. Resultados: Após realizada ressecção cirúrgica paciente referiu melhora no quadro, não foi documentada recidiva sendo portanto o tratamento cirúrgico tumor um procedimento eficaz trazendo-nos um bom prognóstico para esta patologia limitante para o paciente. Conclusões: O tumor glômico, raro, é de diagnóstico clínico, sem a necessidade de exames complementares. Sendo portanto de extrema relevância um exame clínico bem elaborado, para a formação do diagnóstico e conduta, frente a patologia exposta. Logo, mostra-se necessário um amplo conhecimento prático e científico da queixa demonstrada para um tratamento eficiente. Infelizmente contudo o diagnóstico na grande maioria das vezes é tardio, após a realização de múltiplos tratamentos sem resultados.

TROMBOFLEBITE SISTEMA PORTA PÓS APENDICECTOMIA, RELATO DE CASO.

MAXLEY MARTINS ALVES, LEONARDO EMILIO DA SILVA, MONIKY BATISTA DA SILVA TORRES, JARBAS JABUR BITTAR NETO, MARCUS VINICIUS RIBEIRO FERNANDES

INSTITUTO DE CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO E OBESIDADE E METABOLICA, GASTROCARE, GASTROCARE, GASTROCARE, GASTROCARE.

Miscelânea

INTRODUÇÃO: Tromboflebite doença rara mas associada a elevada mortalidade. Diagnóstico incomum, e sintomas inespecíficos. OBJETIVO: Relato de caso de tromboflebite séptica em paciente jovem, com início no 14 pós operatório de apendicectomia videolaparoscópica. MÉTODO: Observação e revisão de prontuário pós quadro de tromboflebite séptica pós apendicectomia. RELATO DO CASO: Paciente L.A.S., de 21 anos, com quadro de dor abdominal, com descompressão brusca dolorosa, subfebril, sendo optado por cirurgia laparoscópica pós exame físico. Antecedente de colestectomia há de 3 anos, uso contínuo de anticoncepcional por 6 anos, ansiedade com acompanhamento psiquiátrico, obesidade grau I. Submetida a apendicectomia videolaparoscópica, sem intercorrências, com tempo de 40 minutos de cirurgia. Alta com 30 horas, em uso de antibióticoterapia oral. Retorno ao consultório com 10 dias, sem intercorrências ou queixas. No 14 dia de pós operatório iniciou durante a madrugada, quadro de dor abdominal em região epigástrica. Encaminhada para internação, com realização de endoscopia digestiva alta com achado de gastrite leve, ultrassonografia abdominal com esteatose hepática e pelve livre. Única alteração laboratorial encontrada gama-GT 59 (normal< 50). Após melhora clínica liberada com 8 horas de internação. No 16 pós operatório, apresentou novo episódio de dor epigástrica de forte intensidade, mas associado a distensão abdominal e frequência cardíaca de 90 batimentos por minuto. Novamente realizado internação com tomografia abdome contrastada com achado de trombo venoso no sistema portal, com dilatação de vasos venosos mesentéricos. Introduziu anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular, coleta de culturas, antibióticoterapia e hidratação vigorosa. Seguido com duplex scan de vasos pélvicos e abdominais, e de membros inferiores, com fluxos normais. Alta com 5 dias de internação, com medicação oral. Acompanhamento atual, com 5 meses, novos exames de imagem sem presença de tromboes ou oclusões venosas. Sem intercorrências neste período. CONCLUSÃO: Tromboflebite quadro raro mas deve ser lembrado em pós operatórios de doenças infecciosas abdominais, quando da discrepância da queixa de dor e o exame físico. Diagnóstico e tratamento precoce associado seguimento adequado influenciam no desfecho da doença.

USO DE TERAPIA A VÁCUO NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE FOURNIER - RELATO DE CASO

NATASHA GARCIA CALDAS, STEPHANIE DA SILVA FERNANDES, REBECCA CAROLINA SILVA LINS, ELY JOSE DE AGUIAR, ANDRE ARAUJO DE MEDEIROS SILVA, NIMER RATIB MEDREI, , HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF.

Miscelânea

Introdução: A síndrome de Fournier, descrita pela primeira vez em 1764, é emergência cirúrgica incomum, representando cerca de 0,02% das admissões hospitalares. Sua incidência tem aumentado devido ao envelhecimento populacional e a maior prevalência de pacientes diabéticos. A incidência geral é de 1,6/100.000 casos/ano, com pico aos 50 anos. O manejo inicial inclui estabilização hemodinâmica, desbridamento cirúrgico e antibióticoterapia de largo espectro. Em casos de envolvimento perineal, contaminação da ferida por fezes pode ser prevenida com a realização de colostomia, lembrando que colostomia é procedimento cirúrgico que acarreta riscos adicionais ao paciente. A realização de curativos adequados é de grande importância, tendo a terapia com pressão negativa ganhado espaço no arsenal terapêutico. Curativos convencionais é método amplamente aceito, com vantagem de ser método popular, barato e que mantém a ferida limpa, porém tem desvantagens como necessidade frequente de troca. O uso de terapia a vácuo é método utilizado para acelerar processo de cicatrização de feridas. A ferida é exposta a pressão negativa, reduzindo o edema dos tecidos e aumentando fluxo sanguíneo local, promovendo cicatrização e permitindo realização precoce da cirurgia de reconstrução. Relato do caso: Paciente de 69 anos, sexo masculino, com diagnóstico de abscesso anorretal devido a espinha de peixe e síndrome de Fournier, submetido a desbridamento cirúrgico extenso, realizada colostomia no mesmo ato e iniciado Ceftriaxona e Metronidazol. Realizado curativo à vácuo em região perineal, com realização de trocas de curativo a cada 5 dias - total de 8 trocas de curativo a vácuo, com posterior reconstrução de períneo com rotação de retalho de parte medial das coxas. Paciente segue em acompanhamento, com boa evolução após rotação de retalhos e resultado estético satisfatório. Conclusão: Síndrome de Fournier é uma séria doença infecciosa caracterizada por fasciite necrotizante da região genital, perineal e perianal, com taxa de mortalidade de até 40%. Diagnóstico precoce é fundamental e envolve desbridamento cirúrgico, antibióticoterapia e estabilização do paciente. A terapia a vácuo tem ganhado espaço no tratamento, sendo efetivo no manejo das feridas provocadas pela Síndrome de Fournier, tendo custo similar ao tratamento convencional, além de ser uma modalidade mais confortável para o paciente, que requer menos analgesia e menos intervenções até que seja possível o fechamento da ferida.

ADEQUAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL EM PACIENTES IDOSOS CIRÚRGICOS

VITOR RIBEIRO NOVAES, MARESSA BYANNA COUTO, MARCELO CURI, MATHEUS AZEVEDO ZAIBAK, LARA DIAS CASTRO, LUMA GUIMARÃES SOUZA, ISABELLA FRANCO COSTA, LILIAM MARTINS MACEDO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE.

Nutrição e cirurgia

Objetivo: Atualizar os cuidados nutricionais em pacientes idosos cirúrgicos. Método: Trata-se de uma revisão sistemática de literatura junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que exclui referências anteriores ao ano de 2015. Resultados: O processo de envelhecimento é frequentemente acompanhado de múltiplas doenças crônico-degenerativas e o uso contínuo de fármacos. Isso, aliado a deterioração corporal, atraso no esvaziamento gástrico, diminuição da motilidade, alteração nos níveis hormonais circulantes, além da mudança no estilo de vida, propiciam a deficiência proteico-energética. Fator que afeta adversamente a evolução clínica de pacientes hospitalizados aumentando o tempo de permanência hospitalar, a incidência de infecções e complicações pós-operatórias e a mortalidade. A desnutrição também se manifesta como um dos resultados de uma variedade de condições, incluindo-se anemia, úlcera de pressão, fraturas ósseas, fragilidade, déficit cognitivo, desidratação e disfunção imune, as quais demonstram uma estreita relação com estado nutricional dos idosos. Estima-se, segundo o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), que 39% dos idosos submetidos a procedimentos cirúrgico estejam desnutridos. Uma perda de peso corporal entre o pré e o pós-operatório de mais de 20% de peso corporal normal, está associado com taxa de mortalidade de 35%, em contraste 3,5% em pacientes com menor perda de peso, portadores da mesma doença. A terapia nutricional enteral (TNE) é a estratégia mais comumente utilizada para prevenir ou tratar a desnutrição e tem sido empregada em pacientes com impossibilidade parcial ou total de manter a via oral como rota de alimentação, devendo ser adotada sempre que o trato gastrointestinal estiver funcionando. Considera-se para suprir o mínimo das necessidades de um paciente, durante o uso de TNE, 30 Kcal/Kg de peso corporal/dia e 1,2g de proteína/kg de peso corporal/dia adequado conforme comorbidades pré-existent e critério de avaliação clínica. Conclusão: A adoção de vigilância clínica com história nutricional, avaliação dos sinais clínicos de desnutrição, medidas antropométricas, determinações séricas e urinárias apropriadas, aliado a uma abordagem de equipe multidisciplinar, criação de protocolos e formação continuada dos profissionais de saúde podem ser importantes medidas para assegurar adequações nutricionais coerentes e proporcionar o maior benefício para os pacientes.

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE CANAL ANAL

MATEUS DE OLIVEIRA PASSOS, NADJA NÓBREGA DE QUEIROZ,, PAULA CAMPOS DE MENDONÇA, MARCOS VINICIUS PEREIRA FREIRE, RAYANNE COSTA DA SILVA PROFESSORA DE SEMIOLOGIA E INTERNATO NA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA E UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, CAMPOS ASA NORTE, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA.

Oncologia

Introdução: O câncer de colo retal (CCR), no mundo, é o segundo câncer mais comum em mulheres. É a segunda causa de mortes por câncer, tendo taxa de mortalidade igual a 45%. A grande maioria se desenvolve a partir de um pólipó adenomatoso e que leva cerca de 10 anos para sua progressão de pólipó adenomatoso a CCR. Seus fatores de risco são: Etilismo, tabagismo, sedentarismo, obesidade e faixa etária acima de 50 anos. Para o diagnóstico são utilizados principalmente exames estruturais como a colonoscopia, e exames de fezes. Além disso, o teste com menor custo e melhor aceitação pela população é a pesquisa de sangue oculto nas fezes. Porém esse teste se mostra inespecífico, necessitando de uma investigação mais detalhada para realização do diagnóstico. Relato de Caso: Paciente M.Z.P.S, sexo feminino, 59 anos, admitido no Hospital Regional de Ceilândia – Distrito Federal (DF), referiu dor em cólica em FE com irradiação para todo o abdômen, de início súbito de alta intensidade (8/10), com diminuição da frequência nas evacuações das fezes e flatos há 14 anos e diarreia de aspecto pastoso, fétidas e com presença de sangue há 2 anos. Afirma ter feito o uso de hidroxilcloroquina por 10 anos, internação por ferida cirúrgica aberta há 10 anos, perineoplastia há 28 anos. Em Abril/2018 em consulta reumatológica para acompanhamento do Lúpus foi internada. No exame físico paciente: normocorada, hidratada, emagrecida, anictérica, acianótica; ABM: globozo, distendido; RHA presentes sem sinais de irritação peritoneal, doloroso a palpação; Genital: edema vulvar, presença de fissuras em região dos grandes lábios e perianal. Na Tomografia computadorizada de abdome com contraste identificou uma lesão tumoral oclusiva do reto e uma dilatação do intestino com acúmulo de resíduos. O parecer da proctologia foi detectado edema vulvar com úlceras lineares entre a vagina e o ânus. Ao toque vaginal: vagina fechada ao toque, toque retal: ânus totalmente fechado com parede ulcerada e em biopsia confirmou estenose retal. Assim, foi indicado colostomia no dia 07/04 para evitar a obstrução completa. Paciente em acompanhamento com sugestivo diagnóstico de carcinoma epidermoide de canal anal. Conclusão: Pelo estadiamento e clínica atual optou-se por realizar colostomia paliativa. Pode-se estabelecer associação quimio e radioterápica para aumento da sobrevida no estadiamento atual.

TENDÊNCIAS ATUAIS NA PROPEDEÚTICA NUTRICIONAIS NO TRAUMA CIRÚRGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

VITOR RIBEIRO NOVAES, MARCELO CURI, MARESSA BYANNA COUTO, LILIAN MARTINS MACEDO, KÊNIA ALVES BARCELOS

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE.

Nutrição e cirurgia

INTRODUÇÃO: A terapia nutricional (TN) é peça fundamental nos cuidados dispensados ao paciente politraumatizado, evidências científicas corroboram que o estado nutricional interfere diretamente na evolução e no desfecho clínico. A resposta de fase aguda, que segue após o trauma, promove intenso catabolismo e mobilização de proteínas na intenção de reparo dos tecidos lesados. Fatores inerentes ao politrauma cirúrgico tornam o suporte nutricional um desafio aos profissionais envolvidos. A desnutrição proteico-energética constitui umas das disfunções intra-hospitalares mais prevalentes no mundo, cerca de 80% da população nosocomial afetada. OBJETIVOS: A proposta desta revisão foi fazer um levantamento das tendências atuais na propedêutica nutricional no trauma. METODOLOGIA: O percurso metodológico escolhido foi delineado pela revisão sistemática de literatura. O levantamento bibliográfico, dos últimos cinco anos e nos idiomas: inglês, português e espanhol, foi efetuado junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Scientific Electronic Library Online Brazil (SCIELO Brazil). Utilizou-se descritores e o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das produções científicas selecionadas. RESULTADOS: Diante dos diversos artigos analisados, a TN especializada na forma parenteral ou enteral está indicada precocemente; estudos randomizados apontam que, imunonutrientes como arginina, glutamato e ácidos graxos ômega-3 são extremamente profícuos. Avaliação nutricional seriada e contínua nos estados hipermetabólicos como na sepse, grandes queimados e trauma crânioencefálico grave é de extrema relevância. O padrão ouro preconizado para estimar o gasto energético em pacientes gravemente doentes é a calorimetria indireta, que visa mensurar as taxas de dióxido de carbono expirada pelas taxas de oxigênio fornecida através da hematose. CONCLUSÕES: As tendências atuais na propedêutica nutricional no paciente politraumatizado cirúrgico indicam que a TN especializada deve ser instaurada nas primeiras 48 horas de cuidados intensivos; inicialmente o aporte calórico deve ser mínimo de 20kcal/kg/dia e com conteúdo proteico de até 2g/kg/dia. Além de uma oferta adequada de imunonutrientes essenciais a fim de prevenir perdas metabólicas, manter o equilíbrio imunológico e favorecer o desfecho clínico.

CARCINOMA ESCAMOSO DE COLO UTERINO ESTÁDIO IIA EM PACIENTE DE 28 ANOS DE IDADE

MATEUS DE OLIVEIRA PASSOS, PAULA CAMPOS DE MENDONÇA, EVANDRO OLIVEIRA DA SILVA, MARCOS VINICIUS PEREIRA FREIRE

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, CAMPUS ASA NORTE, PROFESSOR DE BASES DA CIRURGIA NA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA E SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA.

Oncologia

Introdução: O Câncer de Colo Uterino é a terceira neoplasia maligna mais comum nas mulheres no Brasil, originada pelo papilomavírus humano (HPV). Os sintomas do câncer são: sangramento e sinais de compressão venosa, neural, linfática ou uretral. O diagnóstico ocorre após avaliação histológica de biópsias, que podem ser obtidas durante a colposcopia, sendo os dois subtipos mais comuns, o adenocarcinoma e o carcinoma de células escamosas, com a maioria na junção escamo colunar. O estadiamento é baseado nos critérios da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que se subdivide-se em: I (carcinoma limitado ao colo uterino), II (carcinoma com extensão além do colo uterino, mas sem extensão para a parede pélvica), III (carcinoma com extensão para parede pélvica), IV (carcinoma com extensão além da pelve verdadeira). Relato de caso: Paciente T.F.L, sexo feminino, 28 anos, G0 P0 A0, menarca aos 12 anos, coitaca aos 14 anos, número de parceiros maior que 10, sendo admitida no Hospital Santa Lucia – Distrito Federal (DF) para tratamento de câncer do colo uterino. No dia 24/03/2015, referiu sangramento anormal, dispareunia, dor pélvica, leucorreia com odor fétido e refere não realizar exame de Papanicolau há três anos. Após avaliação médica, foi realizado biópsia com diagnóstico de CEC moderadamente diferenciado de estadiamento II A. A paciente submeteu-se a tratamento Radioterápico (Teleterapia/Braquiterapia), associado a Gemzar com Cisplatina (6 ciclos) e quimioterapia adjuvante, depois do exame anatomopatológico e da ressonância magnética. No dia 14/07/2016 revelou no exame citológico lesão intra-epitelial escamoso de alto grau. No dia 22/07/2016, realizou-se ressonância magnética que concluiu alterações actínicas na pelve, sem evidências de recidiva tumoral e a paciente encontrava-se assintomática. No dia 18/09/2017 foi realizado videocolonoscopia que revelou uma colite actínica ao nível do cólon sigmoide. Após discussão com o Oncologista Clínico, optou-se por Histerectomia Total Extra Facial do tipo I, que revelou ausência de malignidade na peça. Paciente em acompanhamento semestral e assintomática. Conclusão: O tratamento do CEC varia e normalmente é determinado pelo estadiamento. Em geral, a doença em estágio inicial é erradicada por meio cirúrgico. Contudo, para pacientes com doença avançada, realiza-se a quimiorradiação.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE INVASOR DE LÍNGUA, UM RELATO DE CASO

ALINE FERREIRA BORGES, IGOR CAMARGOS DA MOTA, ANDRÉ MAURÍCIO FERRARI BELTRÃO, LUANNA ARRUDA LEMOS, ALINE FERREIRA BORGES, DANIELLY VIEIRA DE MENEZES, ISABELLA RESENDE COELHO, ROSANNE ARRUDA LEMOS

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS- UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS- UNIEVANGÉLICA, ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS - SUBUNIDADE DE ANÁPOLIS, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS- UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS- UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS- UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS- UNIEVANGÉLICA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE – UNIVR.

Oncologia

INTRODUÇÃO: Carcinoma espinocelular (CEC) é responsável por 15% das neoplasias epiteliais malignas e tem porcentagem de recidiva de 40% em CEC de graus avançados (III ou IV), o tratamento é cirúrgico que pode ter aumento na sobrevida de até 10%, aliada a radioterapia (RT) e a quimioterapia (QT). Este relato objetiva representar um caso de carcinoma espinocelular de língua grau II que após conduta cirúrgica teve recidiva intratável e conduta paliativa indicada. **RELATO DE CASO:** Paciente, 72 anos, sexo masculino busca atendimento do serviço de cirurgia da cabeça e pescoço da Associação de Combate ao Câncer em Goiás- Subunidade de Anápolis em setembro de 2016, com queixa de lesões vesiculares ulceradas em ponta de língua, iniciadas há 2 anos, indolores, não secretoras, associadas com aumento volumétrico da língua e dificuldade progressiva na fala. Relatou, também, extensão das lesões para porção posterior da língua há 4 meses. Nega tabagismo e cessou ingestão de álcool há 40 anos. À biópsia, achados condizentes com Carcinoma epidermoide invasor, Grau II de anaplasia, com áreas de padrão verrucoso, sem evidências de nódulos sólidos ou císticos e invasão de planos musculares na ultrassonografia. Foi proposta e realizada pelveglossectomia subtotal com linfadenectomia cervical bilateral no mesmo ano, feita traqueostomia prévia. Reabordagem em três meses, após duas sessões de QT cisplatina e 9 de RT 70 greys, demonstrou carcinoma epidermoide, grau III de anaplasia. Após conduta terapêutica e reavaliação da recidiva, foi adotada conduta paliativa. **CONCLUSÃO:** O carcinoma epidermoide oral possui elevadas taxas de mortalidade mesmo com intervenções terapêuticas, principalmente devido à falha no diagnóstico precoce e na resposta variada ao tratamento, restando ao paciente com recidivas intratáveis somente cuidados paliativos para maior qualidade de fim de vida contemplando os aspectos emocionais, de analgesia, nutrição e curativos. Como maior parte dos casos já são diagnosticados em fase avançada, em indivíduos com pouco acesso ao sistema de saúde conclui-se que a tomada de algumas medidas simples, sejam essenciais para evitar a chegada em estágios avançados. Tais medidas incluem a identificação de fatores de risco, a higienização da mucosa oral e manutenção de uma dieta rica em fibras, proteínas, minerais e vitaminas. Visto isso, também é necessário maior investimento tecnológico para o diagnóstico precoce frente ao caso com o intuito de promoção e prevenção da saúde.

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO E DESFECHO PÓS-OPERATÓRIO

PAULA CAMPOS DE MENDONÇA, RUTH DA CONCEIÇÃO COSTA E SILVA SACCO, MATEUS DE OLIVEIRA PASSOS, FELIPE FREITAS DE SOUSA, MYLLENA CAMILO ESSADO, JORDANA NOGUEIRA GOMES, WLADIMIR FERNANDES BEZERRA, JÚLIA SADDI DE ALMEIDA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA

Oncologia

Introdução: O adenocarcinoma gástrico, no Brasil, é o quarto tipo mais prevalente em homens e o quinto em mulheres. Esse tipo de câncer possui desenvolvimento multifatorial, com aspectos ambientais (como tabagismo e infecção pela *Helicobacter pylori*) e genéticos (como a inativação de genes supressores p53 e DCC). Os fatores de risco incluem parentes de primeiro grau com câncer gástrico e a polipose juvenil. Para classificar a neoplasia avançada, utiliza-se a classificação macroscópica endoscópica de Borrmann, que se subdivide em: I (lesão polipóide ou vegetante, bem delimitada), II (lesão ulcerada, bem delimitada, de bordas elevadas), III (lesão ulcerada, infiltrativa em parte ou em todas as suas bordas) e IV (lesão difusamente infiltrativa, sem limite entre o tumor e a mucosa normal). Os sintomas incluem perda de peso, vômitos e dor abdominal (geralmente epigástrica). O diagnóstico se baseia na biópsia obtida por Endoscopia Digestiva Alta (EDA). O sistema de estadiamento utilizado é o TNM (invasão, linfonodos e metástases) e o principal tratamento desse câncer é a ressecção do tumor. **Relato de Caso:** A.A.O., 49 anos, masculino, procurou o Hospital Regional de Taguatinga, no Distrito Federal (DF) com queixa de epigastralgia leve em queimação pós-prandial iniciado em junho de 2015, diagnosticado com adenocarcinoma gástrico, após tomografia computadorizada de tórax e de abdome, EDA com lesão ulcerada gástrica (Borrmann III) e biópsia gástrica com adenocarcinoma moderadamente diferenciado (G2) (pT2pN2M0). Em outubro de 2015, realizou gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2 e reconstrução em Y de Roux. No ano seguinte, paciente iniciou tratamento com radioterapia e quimioterapia no Hospital de Base do DF. Em maio de 2016, foi diagnosticado com esofagite erosiva grau C de Los Angeles, alargamento do hiato diafragmático e sinais de isquemia em anastomose gastrojejunal após EDA. Em outubro de 2017, realizou laparotomia exploradora para nova anastomose jejuno-jejunal por estenose da anastomose prévia, com boa evolução clínica pós-operatória. Em janeiro de 2018, anastomose continuou pérvia e sem sinais de isquemia à EDA. **Conclusão:** Devido ao prognóstico de risco do adenocarcinoma, é indispensável a realização de cirurgia e acompanhamento, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e evitar complicações. A ressecção cirúrgica é a única forma de tratamento curativo efetivo, entretanto em tumores extensos, nem sempre esse objetivo é atingido.

ADENOCARCINOMA RETAL PRECOCE: UM RELATO DE CASO

ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO, JOÃO ORMINDO BELTRÃO BARROS, EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA, NATHALIA AIDAR BITTAR, NATHALIA TAVARES DA SILVA, ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES, PAULO TADEU SILVA CAMPOS, MARIA ANGÉLICA ELOI FRANCO

UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, PUC-GO, UNIEVANGÉLICA.

Oncologia

INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma colorretal é a quarta neoplasia mais comum no mundo, sendo o reto atingido em 30% a 50% dos casos. Existem diversas condições genéticas relacionadas a essa neoplasia, dentre elas a polipose adenomatosa familiar (PAF) e a síndrome de Lynch, que se associam a apresentações mais precoces. Por outro lado, a incidência de sua forma esporádica aumenta com a idade, ocorrendo frequentemente após os 50 anos. **RELATO DE CASO:** Paciente LRM, sexo masculino, 30 anos, com histórico de angiofibroma juvenil irressecável, queixa-se de proctalgia ao evacuar e hematoquezia há cerca de 8 meses. Relata perda ponderal de cerca de 10kg desde o início dos sintomas. Apresenta histórico familiar de neoplasias de intestino, estômago e cérebro. Exame físico sem alterações. Ausência de linfonodopatis periféricas. Ao toque retal identifica-se lesão ulcerada de 4cm em margem anal, se projetando para reto e acometendo todo seu diâmetro. Foi solicitado retossigmoidoscopia seguida de biópsia, que evidenciou lesão ulcerada extensa em canal anal, compatível com adenocarcinoma bem-diferenciado localmente avançado, e pólipos séssil de cerca de 5mm de diâmetro em reto médio, compatível com adenoma tubular. Achados de tomografia computadorizada (TC) confirmaram o diagnóstico. Foi submetido a 10 sessões de quimioterapia e 27 de radioterapia neoadjuvantes. Posteriormente, foi submetido a amputação abdominopélvica de reto. **CONCLUSÃO:** A ocorrência precoce de neoplasia em estágio avançado e o histórico familiar de diversos tumores, nos leva a questionar a presença de síndrome genética, que poderia ser pesquisada por meio de exames de rastreio genético. Não existe na literatura relatos de associação entre câncer colorretal e angiofibroma juvenil, sendo este achado importante para orientar novas pesquisas nesse sentido, a fim de fornecer maiores dados para a medicina baseada em evidências.

ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE CÂNCER DO COLO DE ÚTERO NAS REGIÕES DO BRASIL NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS

OEMIS EDUARDO XAVIER, BRUNA HIROTA ALVES DE ALMEIDA, EDUARDA CARDOSO RIBEIRO, MILENA TORRES MELO, JORGE HENRIQUE ASSUNÇÃO DIAS, TIAGO GUIMARÃES GOMEZ BARRETO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE.

Oncologia

Objetivo: Relacionar os dados de incidência do câncer de colo de útero (CCU) nas regiões do Brasil em 2012 com a realização de exames citopatológicos (RECP), posto que, embora ser passível de bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente, corresponde a um importante problema de saúde. Método: Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, quantitativo e retrospectivo sobre a prevalência do CCU no Brasil. Os dados foram obtidos no site do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), avaliando a RECP em mulheres entre 25 e 64 anos por população e a estimativa de CCU nas diferentes regiões do Brasil no ano de 2012. Resultados: O CCU, exceto pele não melanoma, é atualmente a terceira neoplasia maligna mais incidente na população feminina brasileira. A incidência de CCU é quase o dobro em países em desenvolvimento face aos países desenvolvidos, tratando-se de uma doença alusiva ao baixo nível socioeconômico (BNS). Cerca de 80% da mortalidade por CCU é prevenível através do exame de rastreamento Papanicolau, preconizado as mulheres entre 25 e 64 anos que iniciaram a vida sexual. O desconhecimento da doença e da realização do Papanicolau, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a precariedade destes enquadram-se no BNS, que, somando-se ao medo de dor no exame e de exposição do corpo, são empecilhos para as práticas preventivas. No Brasil, a média de RECP por população foi de 0,16; no Norte, 0,12; no Nordeste, 0,15; no Centro-Oeste, 0,14; Sudeste, 0,17; e no Sul, 0,17. O CCU, em 2012, representou 9,34% dos cânceres em mulheres no Brasil, sendo a segunda causa mais frequente de câncer (CMFC); no Norte, representou 23,7% e primeira CMFC; no Nordeste, representou 14,8% e segunda CMFC; no Centro-Oeste, representou 15,5% e segunda CMFC; no Sudeste, representou 6,5% e terceira CMFC; no Sul, representou 6,1% e quarta CMFC. Os dados mostram que a região com menor taxa de RECP é a que apresenta a percentagem mais alta de CCU dentre os cânceres, sendo a região Norte. As regiões que apresentam a maior taxa de RECP são Sul e Sudeste, todavia, a percentagem de CCU é mais elevada na região Sudeste, podendo estar associado a fatores socioeconômicos, visto que o IDH do Sudeste foi menor do que o do Sul. Conclusão: A variação da percentagem do CCU nas regiões do Brasil sugere que a baixa RECP associado ao BNS estão associados a uma maior incidência de CCU. Logo, a RECP representa um índice de qualidade na assistência à saúde da mulher.

CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTE JOVEM

CAROLINA BELON ZAGO, MARIANA GOMES FRANCO, FLÁVIO SENEFFONTE, MATHEUS PEREIRA COSTA

HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL, HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL.

Oncologia

INTRODUÇÃO O câncer colorretal (CCR) é uma das doenças malignas mais comuns no mundo e acomete mais frequentemente pacientes idosos, com maior prevalência acima dos 60 anos, tendo uma sobrevida global próximo a 5 anos. No entanto, dados recentes do INCA mostraram um declínio constante na incidência de CCR em pacientes acima de 50 anos e um aumento em adultos jovens entre 20 e 34 anos. Esses dados se referem ao CCR esporádico sendo afastados os casos de síndromes polipoides. OBJETIVO E MÉTODO Descrever um caso de CCR em paciente jovem, do sexo masculino, sem história familiar de CCR. Foram utilizados dados clínicos coletados pela equipe médica, achados intra-operatório, exame de imagem e anátomo-patológico. RESULTADO Paciente ALA, masculino, 24 anos, com dor tipo aperto em fossa ilíaca direita (FID) há 30 dias, associada a perda de 7 quilos e astenia. Há 20 dias iniciou investigação na cidade de origem, sendo os sintomas atribuídos à hérnia inguinal direita, realizado hernioplastia, sem melhora dos sintomas. Ao exame na admissão, sinais vitais estáveis e normais, abdome com desconpressão brusca dolorosa em FID; exames laboratoriais sem alterações; TC de abdome mostrou espessamento da parede do ceco. Submetido à laparotomia exploradora e identificado invasão tumoral do ceco, procedeu-se colectomia direita com linfadenectomia e anastomose ileotransversa. O anátomo-patológico mostrou adenocarcinoma invasivo tubular com anel de sinete, pouco diferenciado, de alto grau, com padrão de crescimento budding e estadiamento pT4a pN2a pMx. Em nova cirurgia, ampliou-se as margens cirúrgicas em transverso, ressecção ampla de delgado e epilectomia. Paciente seguiu em QT adjuvante. DISCUSSÃO O CCR em paciente jovem tende a ser diagnosticado mais tardiamente, em fase mais avançada, além de ser mais agressivo e indiferenciado, o que piora o prognóstico. No entanto, até o momento não foi demonstrado diferença na sobrevida global (5 anos) entre os pacientes jovens e idosos. A instabilidade microssatélite é considerada primordial na via de mutação na carcinogênese colorretal, sendo encontrada em 15% dos tumores esporádicos e em percentual maior em menores de 45 anos. CONCLUSÃO O acometimento de CCR vem aumentando na população jovem, no entanto apresenta-se com maior agressividade e indiferenciação. Logo, faz-se necessário atenção maior as queixas sugestivas do paciente, uma vez que se trata de um câncer com alta taxa de cura se diagnosticado precocemente.

CARCINOMA DE CÉLULA RENAL COM TRIÁDE CLÍNICA: RELATO DE CASO

GIOVANA FIGUEIRA BUCAR, VICTÓRIA BEZERRA DANTAS, EVERTON PEREIRA LOPES, IAGO OLIVEIRA GOMES NASCIMENTO, ANA CAROLINA FERREIRA RODRIGUES, ANA CAROLINA OLIVEIRA FERNANDES, CAROLINE DOS REIS VALADARES,

UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC.

Oncologia

Introdução: O carcinoma de célula renal (CCR) representa 2 a 3% de todos os cânceres, com maior incidência em países ocidentais. O pico de incidência do CCR ocorre entre os 60 e 70 anos de idade, com uma proporção de 1,5:1 de homens para mulheres. Fatores etiológicos incluem tabagismo, obesidade e hipertensão arterial. A profilaxia mais efetiva é evitar o fumo e a obesidade. A tríade clássica de dor no flanco, hematúria macroscópica e massa abdominal palpável é raramente encontrada 6-10%. Relato de caso: J.W.M.C, sexo masculino, 23 anos, veio com queixa de dor lombar á esquerda, seguida de hematúria em coágulos em todo jato urinário, nego febre e disúria, referiu também perda de nove quilos nesse período. Tabagista há três anos, fumando vinte maços/ano, etilista há nove anos, fazendo quase que diariamente o uso de bebida destilada, ao exame físico presença de massa palpável em flanco esquerdo com +/- 10cm. Foi internado e medicado com melhora da dor e hematúria, foram realizados USG de abdome total, TC de tórax e abdome total e anatomopatológico do rim esquerdo revelou um carcinoma de células renais com estroma leiomiomatoso e grau nuclear de Furhman G2. Foi submetido a nefrectomia radical esquerda mais esplenectomia, foi estadiado em pT2bN0M0. Conclusão: A investigação radiológica do CCR deve incluir tomografia computadorizada, antes e após a injeção intravenosa de contraste para verificar o diagnóstico e fornecer informações acerca da função e da morfologia do rim contralateral e da extensão tumoral, incluindo extensão extrarrenal, envolvimento venoso e aumento de tamanho dos linfonodos e das suprarrenais. USG abdominal e ressonância magnética (RM) são alternativas à TC. Deve ser reservada para pacientes com possível envolvimento venoso ou antecedentes alérgicos ao contraste intravenoso. TC de tórax é o método de estadiamento com maior acurácia, o que foi realizado no paciente em questão. Até recentemente, o tratamento curativo padrão para o CCR era a nefrectomia radical com completa remoção do tumor, rim, gordura perirrenal e fáscia de Gerota. A nefrectomia radical é indicada para pacientes com CCR localizado, nos quais não é possível uma cirurgia parcial.

CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE E CARCINOMA METAPLÁSICO DE CÉLULAS FUSIFORMES DA MAMA: UM RELATO DE CASO

CATARINA DE LOURDES GESTEIRA PEDREIRA, FRANCISCO JAIR ALVES CAVALCANTE, ALINE DE ALMEIDA ANDRADE, DJANA RODRIGUES BARROS, JULIANA BARBOSA MIRANDA, INGRYD GABRIELLA NASCIMENTO SANTOS, ANDRÉ ALMEIDA BRITO,

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE - JOÃO PESSOA, HOSPITAL DA LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER - NATAL, UNIVERSIDADE POTIGUAR - NATAL, UNIVERSIDADE POTIGUAR - NATAL, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE - JOÃO PESSOA, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE - JOÃO PESSOA, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE - JOÃO PESSOA.

Oncologia

INTRODUÇÃO: O câncer de mama representa 25% de todos os diagnósticos oncológicos em mulheres, dos quais, o Carcinoma Ductal Infiltrante configura 80%. A maioria destas lesões pode cursar com recidivas locais, após, no mínimo, cinco anos da Mastectomia Radical, com surgimento dependente do diâmetro e agressividade tumorais, do grau de diferenciação celular e tecidual e do comprometimento microscópico das margens cirúrgicas, que devem ser analisadas pelo exame Anatomopatológico de Congelação. RELATO DO CASO: M.F.F., 53 anos, feminino, foi submetida, em 2004, à Mastectomia Radical Esquerda, cujo estudo histopatológico resultou em Carcinoma Ductal Infiltrante, Grau Histológico II, Grau Nuclear II, Estadio II B e receptores Estrógeno e Progesterona negativos. Realizou Radioterapia e Quimioterapia adjuvantes. Após 14 anos do tratamento, apresentou crescimento neoplásico progressivo e acelerado no plastrão da mama esquerda, sendo necessária a análise histopatológica. Através da ressecção desta lesão suspeita, foi obtida uma peça, medindo 11 cm, com margens livres. Para minimizar o defeito anômico deixado nesta região, foi confeccionado um retalho a partir do músculo oblíquo externo. A análise histopatológica desta peça confirmou Neoplasia Maligna de Células Fusiformes da Mama, uma afecção rara, com ulceração de 1,7 cm da epiderme e comprometimento da derme e hipoderme, enquanto que, a Imunohistoquímica, evidenciou como positivos os anticorpos actina de musculo liso, INI-1 e Ki-67 e, como fracamente positivos, a Miogenina e o MyoD1, corroborando com o diagnóstico. CONCLUSÃO: Através do estudo deste caso, concluiu-se que a recidiva em plastrão pós Mastectomia Radical é um fator clínico relevante, pois, em 20% a 30% dos casos, há metástase à distância, simultaneamente, o que pode alterar o plano oncológico terapêutico. Além disso, vale ressaltar que a Neoplasia Maligna de Células Fusiformes da Mama é uma afecção rara, de difícil diagnóstico e com apresentação clínica incomum. Quando constatada precocemente, auxilia na diminuição da morbimortalidade das pacientes, contribuindo, assim, para um melhor prognóstico.

CARCINOMA VULVAR DE CÉLULAS ESCAMOSAS: RELATO DE CASO

GIOVANA FIGUEIRA BUCAR, EVERTON PEREIRA LOPES, ANA CAROLINA FERREIRA RODRIGUES, ANA CAROLINA OLIVEIRA FERNANDES, IAGO OLIVEIRA GOMES NASCIMENTO, CAROLINE DOS REIS VALADARES

UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC

Oncologia

Introdução: o câncer de vulva apresenta-se como uma das mais raras, com incidência mundial de 1,8/100.000 mulheres, aumentando para até 20/100.000 após a idade de 75 anos. O tipo histológico mais frequente, representando cerca de 90% dos tumores vulvares, é o carcinoma de células escamosas ou epidermóide. A incidência do carcinoma escamoso vulvar (CEV) no Brasil é uma das mais altas do mundo. A primeira categoria de carcinomas escamosos vulvares relaciona-se a doença sexualmente transmissível, oncogênica, causada pelo HPV. Devido ao agente etiológico viral comum, esta classe de tumores vulvares está frequentemente associada a carcinomas escamosos genitais de outros sítios, principalmente o cervical. Caso clínico: MTLMS, 58 anos, 138 kg feminino, procurou ajuda médica queixando-se de prurido persistente na região genital concomitante ao aparecimento de verruga na região perianal. Referiu quadro de sífilis genital há oito anos, negou tabagismo e etilismo. Exame ginecológico: lesão ulcerada em lábio superior esquerdo; lesão ulcerada na região perineal. Teste de Collins positivo. Foi realizado o anatomopatológico da lesão que foi evidenciado um carcinoma espinocelular invasor, moderadamente diferenciado de tamanho: 5,5 x 4,5 cm e profundidade de invasão: 0,7 cm. Invasão vascular e perineal não detectadas, com margens cirúrgicas livres. Foi então encaminhada para cirurgia. Conclusão: As manifestações clínicas podem variar de quadros assintomáticos até a presença de sintomas como: prurido crônico, corrimento ou presença de lesão, dor e sangramento. O diagnóstico é realizado através da história clínica, exame pélvico (ginecológico e retal); Citologia cérvico-vaginal; Colposcopia e vulvoscopia; Teste de Collins com biópsia dirigida e Histopatológico: biópsia dirigida. O tratamento pode ser feito desde a cirurgia, radioterapia, quimioterapia, vulvectomia excisional.

CARCINOMATOSE PERITONEAL COM SÍTIO PRIMÁRIO DESCONHECIDO: RELATO DE CASO

JULIANE FONTES ARAUJO SILVEIRA GOMES, YURI DE CASTRO MACHADO, AMANDA TALLITA DA SILVA, GIORDANO BARROS TEIXEIRA, DANIEL COSTA MARRARA PIRFO, ALICE GONÇALVES NUNES COELHO, GUSTAVO HENRIQUE BORGES DE BRITO, JOÃO RICARDO MIRANDA ZOCCATO

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO-BH, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIEVANGÉLICA, HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS, HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS, HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS

Oncologia

Introdução: o câncer de sítio primário desconhecido representa 2-3% dos diagnosticados, a maioria dos pacientes consulta por sintomas inespecíficos relacionados à localização das metástases. Diante da carcinomatose peritoneal na mulher, deve-se suspeitar de adenocarcinoma de ovário e o tratamento está intimamente ligado à descoberta do sítio primário. Relato do caso: Paciente M.C.P, sexo feminino, 52 anos, comparece em 16/12/17 com cólica biliar. Foi solicitado RM e US que demonstrou sinais de colecistite associada à abcessos hepáticos em lobo direito. No dia 19/01/18, paciente retorna no PA com dor abdominal em HD, irradiando para o dorso ipsilateral, nega outros sintomas. Ao exame físico, sons respiratórios reduzidos difusamente, abolido em base direita, SatO2 90%, FR 20irpm, obesidade grau III, IMC: 51,2. Abdômen distendido, dor à palpação superficial e profunda, edema +/4+ em membros inferiores. RX tórax revelava presença de derrame pleural à direita, TC tórax mostrava consolidação sugestiva de neoplasia e extenso derrame pleural à direita associado à atelectasia compressiva de parênquima adjacente. Colonoscopia e endoscopia, sem alterações. Estavam aumentados Lipase, Amilase, Proteína C reativa, Tempo de atividade de protrombina, Neutrófilos, GGT. Laparotomia exploradora feita dia 09/02/18, evidenciou carcinomatose peritoneal, retirado líquido ascítico para exame anatomopatológico: achados morfológicos de adenocarcinoma metastático, moderadamente diferenciado. Dia 18/02 cursou com dispneia importante, queixa algica em dorso. Solicitou-se VNI intermitente, com melhora respiratória. Dia 19/02 o padrão respiratório era limitrofe, dor forte em dorso, pulsos finos, perfusão lenta, Pa= 100x60 mmHg, FC= 111bpm, FR= 28irpm, SatO2= 88% em VNI, MVF abolido em bases, iniciamos morfina. Família declarava a vontade da paciente de não ser levada ao CTI. Foi a óbito dia 21/02. Conclusão: a descoberta do sítio primário da carcinomatose peritoneal é difícil apesar dos inúmeros recursos propedêuticos. O desconhecimento sobre a localização primitiva impede, em muitos casos, atitude terapêutica e o prognóstico, conduzindo a abordagens diagnósticas custosas para o doente.

CIRURGIA ONCOLÓGICA: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO

RAYSA DO VAL BASTOS, ANA ELISA DA SILVA ESPÍRITO SANTO, BÁRBARA ALICE DE SOUSA GOMES, VITÓRIA DE SOUSA GOMES, RAYANE DO VAL BASTOS, MARINA ALEIXO DINIZ REZENDE

UNIRV CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIRV CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIRV CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIRV CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UFMT CAMPUS CUIABÁ, UNIRV CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA.

Oncologia

Objetivo: O objetivo dessa pesquisa foi aproximar mais os leitores dos desafios e dificuldades enfrentados atualmente na oncologia, não só no Brasil, como em todo o mundo. O trágico aumento da incidência e da mortalidade do câncer revela na cirurgia oncológica a grande esperança para uma doença que, nas próximas décadas, promete ser a maior causa de morte em todo o mundo. Método: O material de estudo foi um artigo recente da SciELO, do qual foi feita uma revisão de literatura, levando em conta outras fontes igualmente confiáveis e atualizadas, a título de comparação e enriquecimento do importante assunto. Resultados: Em média, 80% dos pacientes com neoplasia precisam de alguma intervenção cirúrgica em pelo menos um momento ao longo da doença. Ao todo, 60% dos doentes que são curados, realizam apenas a cirurgia como forma de tratamento. Essa acaba se tornando indispensável para prevenção, diagnóstico, tratamento curativo, medidas de suporte ao tratamento, tratamento paliativo e reconstruções. Mesmo com avanços significativos na quimioterapia e na radioterapia, a cirurgia ainda é a principal forma de manejo do câncer, oferecendo melhor qualidade e maior expectativa de vida. Além das limitações próprias da medicina, outro problema tem sido a dificuldade do acesso dos pacientes às tais cirurgias. Isso se deve em parte ao enfraquecimento dos mais diversos sistemas de saúde, bem como às falhas na qualificação profissional dos cirurgiões. Um problema que não escolhe classe social e que, às vezes, não dá segunda chance, poderia ser em grande parte resolvido com procedimentos cirúrgicos. Todavia, no Brasil e no mundo, apenas 9% dos recursos destinados à oncologia são investidos para a poderosa cirurgia oncológica. Conclusões: Assim sendo, espera-se que haja treinamento de alta qualidade dos cirurgiões, além da união de cooperações que lutem para aumentar exponencialmente os recursos destinados a cirurgia oncológica. Quem sabe, um dia, o tão temível câncer deixe de ser esse grande desafio, para ser então um incrível sucesso que ao invés de mortes, possa recheiar o mundo todo com ainda mais histórias de superação e vitória. Bibliografia: 1Society of Surgical Oncology. Training Program Guidelines, 2004. POSTON, GJ et. al. Textbook of Surgical Oncology. 2Silva, L. A. S. R. CIRURGIA ONCOLÓGICA: UM GRANDE DESAFIO. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v43n3/pt_0100-6991-rcbc-43-03-00139.pdf. Acesso em: 08 de março de 2018.

COMPLICAÇÕES HORMONAIS PÓS-OPERATÓRIAS DE RESSECÇÃO DE ADENOMAS HIPOFISÁRIOS

JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JUNIOR, ANNA KARLLA DE OLIVEIRA PERES, MATHEUS PINHEIRO DE ABREU FALCÃO, MIKAELLA FURTADO MORENO, GUILHERME DE OLIVEIRA ARANTES, THIAGO DE ALMEIDA E SILVA, *UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE*
Oncologia

Objetivo: Conhecer as principais complicações hormonais pós-operatórias relativas a ressecção de adenomas hipofisários. Métodos: Foi realizado revisão sistemática de literatura, a partir de artigos encontrados nas plataformas: SCIELO, PUBMED e CAPES. Sendo que a pesquisa destes artigos foram realizadas no mês de março deste presente ano. Os seguintes vocabulários controlados (descritores) foram utilizados: “Tumores de Hipófise”; “Adenomas da Hipófise”; “Ressecções Hipofisárias”. Todos os artigos utilizados estavam na língua portuguesa. Os critérios utilizados para a inclusão dos artigos foram o perfil epidemiológico na incidência de complicações hormonais pós ressecção de adenomas hipofisários, avaliação dos resultados cirúrgicos e cirurgia transesfenoidal. Notou-se também uma escassa literatura relacionada ao presente assunto. Resultados: De acordo com a revisão de literatura realizada, foram encontrados seis artigos sobre as Complicações Hormonais Pós-Operatória de Ressecção de Adenomas Hipofisários, sendo todos selecionados para a elaboração do artigo. Após a leitura dos artigos selecionados, foi constatado que a complicação hormonal mais prevalente no pós-operatório é a Diabetes Insipidus. Também foi citado, porém com menor prevalência, as complicações: Hipernatremia Essencial, Síndrome da Secreção Inapropriada de Hormônio Anti-Diurético (SIADH) e Hipopituitarismo. Conclusão: De acordo com as pesquisas, estudos e leituras realizadas, constatou-se que as principais complicações hormonais pós-operatórias relativas a ressecção de adenomas hipofisários são Diabetes Insipidus, sendo esta a mais comum, Hipernatremia Essencial, Síndrome da Secreção Inapropriada de Hormônio Anti-Diurético (SIADH) e Hipopituitarismo. Se configuram como problemas recorrentes e necessitam de uma atenção especial pelas repercussões orgânicas que podem apresentar.

DIABETES INSIPIDUS COMO COMPLICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA DE RESSECÇÃO DE ADENOMAS HIPOFISÁRIOS

JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, MIKAELLA FURTADO MORENO, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, MATHEUS PINHEIRO DE ABREU FALCÃO, ANNA KARLLA DE OLIVEIRA PERES, GUILHERME DE OLIVEIRA ARANTES, THIAGO DE ALMEIDA E SILVA, *UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE*
Oncologia

INTRODUÇÃO: Os adenomas hipofisários são tumores benignos originados da adenohipófise que, quando sintomáticos, geralmente necessitam de tratamento cirúrgico, sendo o mais comum à ressecção radical por via transesfenoidal. Seu prognóstico depende diretamente do grau de ressecção, podendo haver complicações se esta não for completa. A principal delas é o diabetes insipidus (DI). OBJETIVO: Analisar a ocorrência de diabetes insipidus como complicação pós-operatória de ressecção de adenomas hipofisários. MÉTODOS: Foi realizado revisão sistemática de literatura, a partir de artigos encontrados nas plataformas: SCIELO, PUBMED e CAPES. Sendo que a pesquisa destes artigos foram realizadas no mês de março deste presente ano. Os seguintes vocabulários controlados (descritores) foram utilizados: “Tumores de Hipófise”; “Adenomas da Hipófise”; “Ressecções Hipofisárias”; “Diabetes Insipidus”. Todos os artigos utilizados estavam na língua portuguesa e datavam de 2016 e 2017. Os critérios utilizados para a inclusão dos artigos foram o perfil epidemiológico na incidência de diabetes insipidus como complicações hormonais pós ressecção de adenomas hipofisários, avaliação dos resultados cirúrgicos e repercussões na qualidade de vida. Notou-se também uma escassa literatura relacionada ao presente assunto. RESULTADOS: De acordo com a revisão de literatura realizada, foram encontrados quatro artigos sobre a Diabetes Insipidus como Complicação Pós-Operatória de Ressecção de Adenomas Hipofisários, sendo todos selecionados para a elaboração do artigo. Após a leitura dos artigos selecionados, foi constatado que o DI foi a complicação mais prevalente no pós-operatório em três desses artigos, sendo a segunda no restante. Também foi observado sua ocorrência tanto transitória, quanto permanente, sendo a primeira a mais frequente. Além disso verificou-se uma relação entre o DI e a Síndrome de Cushing e a uma menor idade. CONCLUSÃO: De acordo com as pesquisas, estudos e leituras realizadas, constatou-se que o DI é a complicação mais frequente da ressecção do adenoma hipofisário, principalmente em pacientes mais jovens. Pode aparecer tanto de forma transitória, que é o mais comum, como permanente, que traz maiores repercussões sobre a qualidade de vida desses pacientes. Também demonstrou maior prevalência nos casos de Síndrome de Cushing, necessitando de maiores cuidados nesses casos.

DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DIFERENCIADO DE TIREOIDE (CDT)

RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JUNIOR, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GABRIEL ANTONELLI, MURYLLO HENRIQUE FERREIRA BRITO, TÚLIO CESAR PAIVA ARAÚJO *UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE*
Oncologia

Objetivo: Compreender as condutas diagnósticas preconizadas para o CDT. Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, feita por intermédio da modalidade de pesquisa qualitativa e descritiva, desenvolvida a partir de materiais publicados em artigos, considerando-se publicações de 2014 a 2017 em plataformas digitais como o PUBMED e SCIELO. Depois de selecionados os textos foram submetidos a uma análise crítica e posteriormente a uma seleção e organização das informações. Resultados: O CDT é a neoplasia mais comum do sistema endócrino e representa cerca de 1% de todas as neoplasias que acometem o adulto. Acometem mais as mulheres em uma faixa que varia dos 25 aos 65 anos e geralmente apresentam excelente prognóstico. Os dois tipos mais comuns, carcinoma papilífero e o folicular, correspondem juntos a cerca de 90% de todos os cânceres de tireoide apresentam o mesmo diagnóstico e tratamento. O diagnóstico do CDT é feito através da avaliação de alguns parâmetros, que em conjunto, fornecem os subsídios necessários para tratar e conduzir o paciente. Mas quais são e como podem ajudar? São eles a história clínica, o exame físico, a ultrassonografia, e a biópsia. A história clínica fornece dados como história familiar de carcinoma tireoidiano, a idade, o sexo e velocidade de progressão. O exame físico contribui com sinais como a existência de nódulos e suas características (tamanho, consistência, dor), linfadenopatias ou paralisia de cordas vocais. A ultrassonografia descreve com precisão as estruturas encontradas caracterizando definição, margens, calcificações, fluxo sanguíneo e invasão de estruturas. A biópsia é representada pela punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e remove, por uma agulha transdérmica, material do local punccionado para a análise citopatológica. Por mais surpreendente que seja, a avaliação da função tireoidiana é pouco empregada por ser muito inespecífica e não raros, os hormônios tireoidianos e TSH estão normais. Conclusão: O CDT na atualidade, em função de sua prevalência e incidência na população mundial, é alvo de importantes estudos e pesquisas. Como consequência, apresenta bem estruturado e definido seus métodos diagnósticos o que tem melhorado sobremaneira a qualidade de vida de pacientes acometidos.

LEIOMIOMA MIXOIDE PEDICULADO TORCIDO DE ÚTERO SIMULANDO TUMOR OVARIANO EM JOVEM: RELATO DE CASO

IASMIN BARBIERO ABDALLA, ANA LYDIA DE ARAÚJO NABUTH, EDWARD ESTEVES NETO, ULLY URZEDA BASÍLIO *UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN, UNIFAN*
Oncologia

INTRODUÇÃO: Os leiomiomas são tumores benignos que tem origem no miométrio, geralmente dentro do mesmo, com margens bem circunscritas e de natureza não infiltrativos, sendo muito raramente exofíticos pediculados. Os miomas podem ser classificados, de acordo com o tipo histológico, em típicos ou atípicos, sendo que modificações no modelo típico pode resultar na formação de um leiomioma mixoide, que apresentam rápido crescimento. Não encontrando casos relatados desse tumor de forma torcida como abdome agudo, simulando tumores ovarianos no Medline/Pubmed e Lilacs, os autores relatam esse caso talvez inédito. RELATO DE CASO: Mulher, branca, 23 anos, procurou atendimento ginecológico em virtude de ciclo menstrual irregular, intensa dismenorreia no início do ciclo menstrual com duração de dois dias, e fortes dores abdominais progressivas há 2 meses. Ao exame se palpava massa pélvica pouco móvel, pouco dolorosa. O ultrassom e a ressonância evidenciaram volumosa massa sólida (13x10x11cm) heterogênea sugestiva de ovário direito (que não foi visto), junto à parede anterior superior do útero e perto do ovário esquerdo. Foi submetida à cirurgia, onde a laparotomia mostrou um tumor de mais de 15cm pediculado saindo do cume uterino, e torcido 2 voltas no pedículo. Foi ressecado facilmente por ligadura e secção da base. Ovários e restante do útero normais. O exame anatomopatológico evidenciou neoplasia fusocelular com padrão mixoide, sem mitoses e atipias: leiomioma mixoide. A paciente teve boa evolução pós-operatória, atualmente encontra-se bem e em seguimento ambulatorial. CONCLUSÃO: O leiomioma uterino pode se apresentar de forma exofítica, semelhante a um tumor extrauterino, como um ovariano, e complicar com torção recorrente ou aguda, sendo confirmado somente no intraoperatório, e curado pela ressecção completa e preservando-se o útero para gestações. Merece acompanhamento pelo risco de recidiva miomatosa no futuro.

MELANOMA METASTÁTICO COM VITILIGO PARANEOPLÁSICO

MARIANA GOMES FRANCO, CAROLINA BELON ZAGO, MARCO ANTÔNIO DUARTE CAZZOLATO

HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL, HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL, HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL

Oncologia

INTRODUÇÃO O melanoma é um tipo de tumor melanocítico e predomina em adultos jovens e brancos. Já o vitiligo é um processo de despigmentação por “autodestruição” dos melanócitos por defeitos intrínsecos e extrínsecos, incluindo a presença de auto-anticorpos e a participação de células T citotóxicas. **OBJETIVO E MÉTODO** Relatar um caso de melanoma associado a vitiligo em paciente feminina, negra, adulta jovem, previamente hígida. Utilizados dados do exame clínico, intra-operatório, exame de imagem e anátomo-patológico. **RESULTADOS** Paciente, SSR, 46 anos, com história de tumoração em axila esquerda de crescimento progressivo iniciado há um ano, associada a manchas pelo corpo. Ao exame físico apresentava tumor em torno de 20 cm em axila esquerda, associado a manchas hipocrômicas e leucotriquia; identificado lesão melanocítica em antebraço esquerdo de 4 cm (existente há mais de 4 anos). TC mostrou massa sólida, heterogêneo, contornos irregulares, 18x15cm, pouca captação de contraste, cápsula restrita, sem infiltrações. Realizado ressecção do tumor, linfadenectomia axilar e exérese da lesão melanocítica. O anátomo-patológico da lesão de pele mostrou melanoma intradérmico com comprometimento da hipoderme e invasão perineural; e, da massa axilar, melanoma metastático em linfonodo. Estadiamento clínico e patológico foi em estágio IV (pT4aN2cM1a). **DISCUSSÃO** Há mais de 50 anos a associação entre melanoma e vitiligo tem sido descrita e estudada. Em pacientes com melanoma a chance de desenvolver vitiligo é de 7 a 10 vezes maior quando comparada com a população em geral. Geralmente são encontradas, nesses pacientes, metástases para linfonodos regionais, sobrevivendo com o tumor por período mais longo do que os portadores de melanoma sem vitiligo, sugerindo melhor prognóstico. Hoje se sabe que o vitiligo é um fator de melhor prognóstico, aumentando significamente a sobrevida em 5 anos, sendo um marcador de imunidade contra as células neoplásicas do melanoma. Existem 2 mecanismos propostos da patogênese: um baseado em anticorpos (que reconhecem a tirosinase, TRP1 e TRP2), e o outro baseado em células T(CD8). O prognóstico costuma ser reservado devido ao comportamento agressivo e diagnóstico tardio do melanoma na maioria dos casos. **CONCLUSÃO** A relação protetora do vitiligo diante do melanoma pode aumentar a sobrevida do paciente em até 5 anos. Porém na maioria dos casos o diagnóstico é feito em fases avançadas o que aumenta a mortalidade mesmo na presença do vitiligo.

NEOPLASIA MALIGNA DO ÂNUS RECIDIVADA COM INVASÃO DO RETO, VAGINA E VULVA: RELATO DE CASO

ANA CAROLINA FERREIRA RODRIGUES, GIOVANA FIGUEIRA BUCAR, VICTORIA BEZERRA DANTAS, EVERTON PEREIRA LOPES, IAGO OLIVEIRA GOMES NASCIMENTO, ANA CAROLINA OLIVEIRA FERNANDES, CAROLINE DOS REIS VALADARES, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC

Introdução: O carcinoma anal é uma entidade rara que representa 4% dos tumores malignos da região anorretal e 1 a 2% de todos os tumores do trato gastrointestinal. O carcinoma epidermóide é o tipo histológico mais comum dentre as neoplasias do canal anal, responsável por aproximadamente 85% das lesões malignas dessa região. Atualmente, se observa um predomínio em mulheres entre a sexta e sétima décadas de vida. Caso clínico: M. S. O, sexo feminino, parda, 61 anos, viúva, relata dor em região anal de elevada intensidade, há mais ou menos 7 meses acompanhada de sensação de tumoração local, saída de secreção amarelada com odor fétido pelo ânus e perda de mais ou menos 5kg. Refere ainda episódios de prurido anal. Nega sangramento local, febre e alterações fecais pela colostomia realizada há 3 meses juntamente com biópsia de canal anal. Foi detectada neoplasia de canal anal tratada com RT e QT há 2 anos. Tabagista por quase 50 anos (parou há 2 anos), nega etilismo. Ao toque retal: presença de secreção liquefeita neoplásica, massa neoplásica extensa acometendo reto e vagina com comunicação reto-vaginal. Foi internada e realizou-se TC de abdome total que evidenciou massa sólida com área central liquefeita medindo 73x102,2x54,2mm acometendo canal anal, reto baixo, colo do útero e canal vaginal com linfadenopatias no retroperitônio. Fez-se anatomopatológico do canal anal que correspondeu a carcinoma espinocelular invasivo moderadamente diferenciado. **Conclusão:** O tratamento do carcinoma epidermóide de canal anal sofreu importante modificação nas últimas décadas e, atualmente, é baseado em quimioterapia e radioterapia combinadas, no esquema de Nigro, como substituição ao procedimento cirúrgico. O procedimento cirúrgico baseado na amputação abdominoperineal é indicado como tratamento de resgate nos casos que apresentaram falha à terapia combinada (QT-RT) ou nos casos de recidiva local do tumor como no caso relatado. Porém, essas modalidades de tratamento não se aplicam aos casos de doença disseminada, reservando-se para esta condição apenas a realização de quimioterapia paliativa.

NEOPLASIAS CUTÂNEAS GRAVES: EFICÁCIA DA CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS

LUMA GUIMARÃES SOUZA, LARA DIAS CASTRO CAVALCANTE, JOÃO VITOR BORGES DE OLIVEIRA, MATHEUS AZEVEDO ZAIBAK, NATALIA FUKUCIRO PARRODE, VITOR RIBEIRO NOVAES, BARBARA CORREIA NEVES SABINO,

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Oncologia

Objetivo: Analisar o uso da Cirurgia Micrográfica de Mohs (CMM), quanto a sua eficácia terapêutica de cura e a capacidade de preservação tecidual no tratamento de neoplasias cutâneas graves; **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa descritiva de caráter qualitativo da literatura científica, realizada através de consultas às bibliotecas virtuais PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Foram utilizados os descritores “Neoplasias cutâneas”, “Cirurgia de Mohs” e “Dermatologia”, sendo os critérios de inclusão artigos científicos publicados de 2014 a 2017, em português e inglês, e os excluídos os artigos que não se adequavam a temática proposta. Desta forma, foram encontrados 23 artigos e destes foram selecionados cinco para realizar a análise desta revisão; **Resultados:** Existem diversas formas de terapia admitidas para os tumores de pele graves. Na escolha do melhor tratamento, vários fatores devem ser considerados, como o tipo histológico, o tamanho, o local, a história de tratamentos prévios desse tumor, a idade e sexo do paciente entre outros. Com base na literatura revisada e de acordo com os artigos mais recentes obteve-se que as CMM, quando realizadas por profissionais capacitados, se apresentam indubitavelmente, como sendo a técnica com maior índice de cura para o tratamento de tumores cutâneos e mucosos, sendo que as taxas de recidiva do tipo primário tratadas com este método foram de apenas 1%, e das outras modalidades foram de 8,7%. Os estudos ainda apontam uma máxima excelência na preservação tecidual baseada na análise microscópica da totalidade das margens no ato operatório. Tal técnica mostra-se extremamente eficaz, pois aponta a localização exata e permite a remoção dos focos de tumores residuais quando presentes, oferecendo assim, um dano tecidual mínimo de 41% a mais de tecido sadio, se comparado com a técnica tradicional em regiões esteticamente importantes. Além disso, apresenta como vantagem a reconstrução da ferida no próprio ato operatório com segurança, sendo recomendável apenas nova reabordagem cirúrgica por cirurgões plásticos em casos de maiores defeitos estéticos; **Conclusões:** Dessa forma, conclui-se que os questionamentos quanto a eficácia dessa técnica são unânimes perante todos os trabalhos analisados, sendo a CMM a opção cirúrgica mais indicada e segura na condução terapêutica e no prognóstico das neoplasias cutâneas graves.

NEOPLASIAS MALIGNAS DO ESÔFAGO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, JOÃO HENRIQUE MENESES XAVIER, GABRIEL ANTONELLI, RAMUEL EGÍDIO DE PAULA NASCENTE JÚNIOR, MURYLLO HENRIQUE FERREIRA DE BRITO, TÚLIO CESAR PAIVA ARAÚJO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Oncologia

Objetivos: Descrever e analisar o perfil epidemiológico referente aos casos de neoplasias malignas do esôfago no Brasil no período de 2008 a 2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente às internações hospitalares por neoplasias malignas do esôfago, com pacientes de todas as faixas etárias, por local de internação no Brasil, entre os anos de 2008 a 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) dos respectivos anos. A seleção da amostra foi realizada a partir da plataforma Informações de Saúde (TABNET), foram selecionados indicadores epidemiológicos e morbidade hospitalar, com a opção: Geral, por local de internação – a partir de 2008. Resultados: Entre 2008 e 2017 foram contabilizados 159.734 casos de neoplasias malignas do esôfago. A região Sudeste destaca-se por concentrar 50,86% (n=81.244) dos casos; por outro lado, os menores registros são encontrados na região Norte, onde foram constatados apenas 1,97% (n=3.156) dos casos. Em 2008 foram relatados 11.478 casos, já no ano de 2016, 17.873 casos, o que demonstra um aumento de 55,71%. Houve preponderância no sexo masculino, com 76,4% do total de casos. O caráter de atendimento foi majoritariamente de urgência com taxa de 72%. Em relação à faixa etária, a maioria dos casos (30%) estão entre a faixa etária de 50-59 anos. A etnia com maior número de casos é a branca, com cerca de 40% dos casos. Conclusão: O estudo demonstrou a maior frequência da doença em homens, brancos, com idade entre 50-59 anos. Além disso, no país, há uma prevalência importante dos casos na região Sudeste, em contraste com a baixa prevalência na região Norte. Sendo assim, deve-se investigar possíveis causas da baixa prevalência, como subnotificações e/ou hábitos alimentares e de vida mais saudáveis.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TAXA DE ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR CÂNCER GÁSTRICO NA REGIÃO CENTRO-OESTE, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NO ANO DE 2015

MARIELLA ZANCHETT

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA

Oncologia

OBJETIVOS: Analisar a epidemiologia do número médio de anos potenciais de vida perdidos por câncer gástrico, segundo região Centro-Oeste do Brasil, no período do ano de 2015, por 1000 habitantes, homens e mulheres, de 0-80 anos. **METODOLOGIA:** Estudo quantitativo, transversal, em que os dados foram obtidos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). As variáveis analisadas foram: número determinado de habitantes, gênero, faixa etária, no período de 2015, na região Centro-Oeste. **RESULTADOS:** No período de 2015, o número médio de anos potenciais de vida perdidos por câncer de estômago, por 1.000 homens e mulheres, região Centro-Oeste, partindo da premissa que o limite superior é 80 anos, foram cerca de 12.109, correspondendo uma taxa de anos potenciais de vida perdidos de 0,86%. Sendo que, essa incidência tem maior prevalência no sexo masculino e na sétima década de vida. Porém, apesar desses resultados, os anos potenciais de vida perdidos é maior na faixa etária de 50-59 anos, em que representa cerca de 4200 e uma taxa de anos potenciais de vida perdidos de 3,26%, seguida da faixa etária de 60-69 representado por 2716 de anos potenciais de vida perdidos e taxa de 3,68%. Destaca-se o tipo histológico adenocarcinoma, o qual corresponde a 95% dos tumores. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que a quantidade de anos de vida perdidos de homens e mulheres de faixa etária até os 80 anos é alta, representando um grande problema de saúde pública para o país. Sendo esse número maior entre 50-69 anos. Considerando que a referida faixa etária ainda é empregada e emprega, isso pode corresponder a maiores encargos financeiros para o país, considerando a sua economia. Quanto ao que pode ser feito, faz-se importante a prevenção e detecção dos pacientes doentes, quanto também o estadiamento em pessoas com fatores de risco para o câncer gástrico, e também outros cânceres do trato gastrointestinal. E por fim, estabelecer tratamentos precoces e também mais eficazes para os pacientes. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** Copyright© 1996-2014 INCA - Ministério da Saúde. Atlas On-line de Mortalidade. Disponível em :

<<https://m018.ortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo07/consultar.xhtml?sessionId=4EB143A21ECADF8ED8634E8409031DDC#panelResultado>>. Acesso em : 19 de abril de 2018. Copyright© 1996-2014 INCA - Ministério da Saúde. Tipos de Câncer - Estômago. Disponível em : <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/estomago/>>. Acesso em: 19 de abril de 2018.

PACIENTE DIAGNOSTICADO AOS 19 ANOS DE IDADE COM CARCINOMA COLORRETAL EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE GOIÁS

LARA KAROLINE CAMILO CLEMENTINO, ISABELLA CHAVES LIRA CRUZ, ANA VITORIA ROCHA ELIAS DIB, BRUNNA FELIPE CONTI, LUISA OLIVEIRA LEMOS, MARTINA ASCARI, , PUC-GO, PUC-GO, PUC-GOIAS, PUC-GOIAS, PUC-GOIAS, PUC-GOIAS, PUC-GOIAS.

Oncologia

Introdução: O câncer colorretal (CCR) é um dos tipos mais prevalentes na população mundial. A OMS estima um aumento de 77% nos números de novos casos diagnosticados e um aumento de 80% na mortalidade por CCR até 2030. Constitui-se em uma doença multifatorial, na qual podem contribuir para seu desenvolvimento a idade, dieta, genética, medicamentos, tabaco e etilismo. Nesse sentido, vários estudos já relatam a importância da idade no diagnóstico e prognóstico da doença. As propriedades anatomopatológicas do tumor também colaboraram de forma significativa para seu estadiamento, escolha da terapêutica e no seu prognóstico. O grau do tumor, sua localização e sua infiltração, o acometimento de veias, linfonodos e nervos, os graus de diferenciação celular, além da presença de metástase, estão diretamente relacionados com pior prognóstico e sobrevida do paciente. O caso relatado é de um paciente com 19 anos de idade com câncer colorretal e visa salientar o surgimento desta neoplasia em pacientes com uma menor faixa etária. **Relato de caso:** Paciente 19 anos de idade, masculino, nega etilismo ou tabagismo. Realizada retossigmoidoscopia na qual foi observada lesão vegetante em reto e sigmoide, constatado adenocarcinoma padrão tubular moderadamente diferenciado grau II com áreas de atipia acentuadas e sugestivas de displasia. A neoplasia apresentava estadiamento de acordo com o American Joint Committee on Cancer (AJCC) T2N1M0, invasora da muscular própria, sendo visualizados 15 linfonodos e em 1 foi encontrada metástase. Pertencia, portanto, ao grupo de estágio IIIB. Efetuada retossigmoidoscopia para retirada do tumor de dimensões 5x4x1,7 cm com margem de 1,8 cm e realizada quimioterapia adjuvante, apresentando boa melhora e sobrevida em 5 anos. Segue em acompanhamento sem a doença. **Conclusão:** O CCR é uma patologia frequente e com alta mortalidade. No relato foi observado em paciente de 19 anos de idade um adenocarcinoma tubular em reto e sigmoide, com terapia de escolha a cirurgia e a quimioterapia adjuvante. É relevante discutir que o caso expõe uma infrequente apresentação da doença por ser fora da idade comum ao diagnóstico. Sendo assim, é salutar a necessidade de uma avaliação criteriosa, além da atenção a sinais e sintomas potencialmente associados ao CCR.

POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: UM RELATO DE CASO

EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA, JOÃO ORMINDO BELTRÃO BARROS, ISABELLA MESQUITA VENANCIO, NATHALIA AIDAR BITTAR, LUCAS DE ABREU SESCONETTO, MARIA ANGELICA ELOI FRANCO, ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES, PAULO TADEU SILVA CAMPOS

UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, PUC-GO, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, PUC-GO, UNIEVANGELICA, PUC-GO.

Oncologia

INTRODUÇÃO: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença genética autossômica dominante caracterizada pela presença de mais de 100 pólipos intestinais. Usualmente, tem início no adolescente ou adulto jovem e quando não tratada adequadamente evolui para adenocarcinoma colorretal por volta da 4ª década de vida. **RELATO DO CASO:** Paciente JWO, masculino, 56 anos, morador de abrigo, déficit cognitivo, queixa de hematoquezia e desconforto anal. Colonoscopia evidenciando a presença de múltiplos pólipos de tamanhos variados com característica adenomatosa e atipias ao histopatológico. Foi submetido a proctocolectomia total com ileostomia. Laudo anatomopatológico evidenciou incontáveis pólipos adenomatosos sésses além da presença em pouca quantidade de pólipos pediculados em colon descendente e reto, sendo evidenciado transformação maligna focal compatível com adenocarcinoma mucosecretor estágio I, pT1 pN0. **CONCLUSÕES:** A transformação maligna nos pólipos adenomatosos da PAF ocorre de forma precoce em maior parte dos casos. Entretanto, tem-se nesse relato uma evolução maligna de apresentação tardia, localizada e de baixo estágio. A deficiência de cognição e a situação de moradia do paciente contribuiu para investigação tardia e demora do diagnóstico. Contudo, a PAF é uma doença com elevada penetrância e risco de malignidade, sendo indicada a investigação por colonoscopia nos familiares de pacientes confirmados.

RELAÇÃO ENTRE A QUANTIDADE DE LOBECTOMIAS PULMONARES ONCOLÓGICAS REALIZADAS COM AS REGIÕES BRASILEIRAS NO PERÍODO DE 2013 A 2017

RENATO SOUZA LUZ PEDROSA, BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, FÁBIO FERREIRA MARQUES, GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO, GABRIELLA JAIME VIEIRA, ISADORA GARCIA CARNEIRO KRIUNAS SEVERINO, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL

UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA.

Oncologia

Objetivo: Comparar a quantidade de lobectomias pulmonares em oncológicas realizadas com as regiões brasileiras no período de 2013 a 2017. Método: Trata-se de um estudo quantitativo, de base populacional e delineamento transversal. Os dados foram de origem secundária, extraídos do SIH/SUS, entre os anos de 2013 a 2017, no Brasil. Foram avaliados o caráter e o regime de atendimento, AIH aprovado por procedimento, valor de serviços hospitalares por procedimento e ano do processamento. Resultados: Entre 2013 e 2017, as lobectomias pulmonares oncológicas totalizaram 2.371 no Brasil, sendo que 50% delas foram realizadas na região sudeste. O Norte, pelo contrário foi responsável por apenas 3,6% do total das cirurgias. Sobre o caráter de atendimento temos 74,1% dos casos foram eletivos enquanto que apenas 25,9% foram em caráter de urgência. Em relação ao regime de atendimento, em 33,7% foram feitas no sistema de saúde privado, enquanto 22,2% foram realizados no sistema público de saúde. O restante, 44,1% dos atendimentos foram ignorados. Entre os anos de 2013 e 2017 a variação na quantidade de lobectomias realizadas foi mínima, atingindo uma diferença máxima de 46 cirurgias quando comparado o ano de 2014 com o de 2017. O ano que mais realizou o procedimento foi o último que somou 21,2% do total. Os custos hospitalares com as cirurgias oncológicas perfizeram um total de 11.549.752 reais, com um aumento mínimo de 0,15% no custo por procedimento nos períodos de 2013 a 2016. Não obstante, de 2016 a 2017 esse custo diminuiu em 1,2%. Conclusão: As lobectomias pulmonares oncológicas são muito prevalentes e responsáveis por grandes custos ao SUS. É notório que mesmo após uma queda no último ano entre os procedimentos o valor praticamente se iguala, visto que os custos com tal cirurgia se elevam ano após ano. A falta de urgência na maioria dos casos em que se pretende fazer uma lobectomia pulmonar corrobora a maioria dos casos eletivos em comparação com os urgentes. A grande quantidade de pessoas em fila de espera para realizar tal cirurgia aumenta a procura pelo atendimento privado.

RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO RARA DE TUMOR MESENQUIMAL FIBROADIPOSO GIGANTE

ISABELA CARVALHO VILELA PEREIRA, GERALDO EUSTÁQUIO DA COSTA JÚNIOR

UNIFIMES, UNIFIMES, UNIFIMES

Oncologia

Introdução: Os sarcomas de partes moles são neoplasias raras. Representando cerca de 1% das malignidades tumorais em adultos. Sendo assim, ainda representam um desafio no que se refere ao diagnóstico e tratamento. Embora possam se desenvolver em qualquer sítio anatómico, sua maior incidência se dá nas extremidades (43%). Em que a ordem de frequência se dá em membros inferiores(2/3), vísceras (19%), retroperitônio (15%), tronco/tórax (10%), outros (15%). Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 59 anos, referindo dor súbita em região da fossa ilíaca direita, com piora ao esforço físico e melhora espontânea. No exame físico o abdome apresentou-se flácido e indolor, e houve defesa voluntária à palpação profunda em fossa ilíaca direita. P.A.: 150 X 90 mmHg. Ao ser submetida à US de abdome total constatou-se a existência de uma massa retroperitoneal heterogênea. Posteriormente realizou-se uma TC, em que foi visualizada volumosa massa tumoral retroperitoneal, sem invasão aparente dos vasos ou órgãos. Rins e cólon direito rechaçados, apagamento ao nível do duodeno, veia cava inferior livre e suprarrenais sem lesões aparentes. Foi referida a hipótese diagnóstica de lipossarcoma ou GIST. Exames laboratoriais descartaram a hipótese de Feocromocitoma e Tumor Carcinóide. Diante da topografia da massa encontrada, foi indicado tratamento cirúrgico direto. Em que realizou-se o descolamento do cólon para acessar o retroperitônio, isolamento do tumor para evitar disseminação, exposição da veia cava superior e rim direito. Além disso, efetuou-se a ressecção com margens livres, preservando a funcionalidade e foi utilizada a técnica de mobilização de cólon direito. Durante a cirurgia não foi constatado a existência de invasões adjacentes. A biópsia laudou um tumor mesenquimal fibroadiposo de baixo grau. Não houveram complicações pós operatórias e a paciente foi encaminhada ao serviço de oncologia. Conclusão: A apresentação referida torna-se rara, pois tumores de partes moles não costumam ser dolorosos. Porém, o diagnóstico tardio possibilitou que a massa crescesse ao ponto de comprimir os órgãos adjacentes e provocar dor. Em tumores de partes moles que se apresentam sintomáticos ou aumentados, é necessário realizar a biópsia com agulha grossa ou incisional. Porém, neste caso foi indicado o tratamento cirúrgico direto, por se tratar de um tumor retroperitoneal agigantado, sem invasão vascular aparente e órgãos adjacentes sendo bruscamente comprimidos.

INTRODUÇÃO: o câncer colorretal é a neoplasia maligna mais comum do tubo digestivo. Nos homens, é o quarto tipo de câncer mais frequente (depois de pulmão, estômago e próstata) e, no sexo feminino, é superado apenas pelos cânceres de mama e colo de útero. Aparece mais frequentemente após a sexta década de vida, sendo controversa a influência da idade no prognóstico. O retossigmoido é o sítio primário em cerca de 70% dos casos em idosos. **RELATO DE CASO:** paciente do sexo masculino, 78 anos, proveniente de Nerópolis, aposentado. Foi atendido com queixa de sangramento anal após evacuação. Paciente relata que há 6 meses tem vivenciado melena e sangramento anal após evacuação, associado a dor em cólica na região hipogástrica, que começou com intensidade 5/10 evoluindo para 8/10, que piorava após as refeições e causava aumento da frequência das evacuações, que passaram a ser diárias. Refere melhora da dor com uso de dipirona mas já estava tomando muitas gotas. Desde o início dos sintomas o paciente teve perda de 14 kg. Refere hiporexia, nega vômitos e diarreia. Diante desse quadro, realizou ultrassom, que não teve alterações e foi encaminhado ao urologista por suspeita de acometimento vesical. Insatisfeito, o paciente consultou com outro profissional e fez colonoscopia, que indicou câncer colorretal com acometimento do retossigmoido. Tem cirurgia previa de herniorrafia inguinal direita. Nega HAS e DM. Relata arritmia e faz uso de amiodarona e flunitrazepam. Refere que seu irmão teve câncer de próstata. Nega tabagismo, etilismo e relata alimentação balanceada com ingestão de frutas, verduras, fibras, carboidratos e proteínas. Foi realizada retossigmoidectomia e o paciente se encontra estável no 3º dia pós operatório. **CONCLUSÃO:** a colonoscopia é o melhor método para diagnóstico do câncer colorretal, podendo até mesmo, se realizada precocemente, modificar a proposta terapêutica. Sendo assim, destaca-se a necessidade de investigação adequada da história do paciente através de uma anamnese de boa qualidade, exímio exame físico e colonoscopia em momento adequado, tendo em vista que a maneira de prevenir o aparecimento dos tumores seria a detecção e a remoção dos pólipos antes de eles se tornarem malignos.

INTRODUÇÃO: Os sarcomas uterinos são neoplasias raras, responsáveis por cerca de 3% dos tumores malignos uterinos. O sarcoma uterino indiferenciado é um tipo endometrial de alto grau, agressivo, com pleomorfismo nuclear acentuado e alto índice mitótico. Predomina em mulheres entre 40 e 60 anos de idade. Tem o pior prognóstico dentre os sarcomas uterinos, mesmo em estágios precoces, apresentando uma rápida disseminação hematogênica, alto índice de recidiva local e sobrevida em torno de 3 anos. A extensão tumoral na data do diagnóstico é o fator prognóstico mais importante e também está associado à sobrevida. **RELATO DO CASO:** M.C.L., feminino, 47 anos, admitida com queixa de dor intensa e aumento do volume abdominal, há dois meses. Há 14 dias, foi submetida à Laparotomia Exploradora (LE) para abordagem de miomatose, a qual não foi realizada devido ao achado de tumoração pélvica infiltrativa, de contornos irregulares e ascite volumosa no intraoperatório. Ao exame: abdome globoso e doloroso à palpação superficial. Membros inferiores com edema bilateral. Ultrassonografia transvaginal: miomatose uterina, com 1875ml de volume. Indicou-se LE para avaliar a lesão, tendo, como achado, líquido ascítico e tumoração pélvica gigante, aderida à parede abdominal. Lesão infiltrava no intestino delgado, cólon, reto, ovários, bexiga, peritônio, omento e linfonodos. Realizou-se, então, histerectomia com ressecção de órgãos contíguos em oncologia, retossigmoidectomia, anexectomia bilateral, enterectomias, linfoadenectomias pélvicas e retroperitoneal, colostomia, cistostomia e drenagem de cavidade. Durante o ato operatório, ocorreram momentos de instabilidade, evoluindo com choque, necessitando de transfusão de concentrado de hemácias e uso de adrenalina. Encaminhada à Unidade de Cuidados Intensivos, instável hemodinamicamente. Evoluíu com Parada cardiorrespiratória revertida após 10 minutos de reanimação. Alta hospitalar no 28º dia de internação. Anatómopatológico: Neoplasia maligna de células fusiformes. Imunohistoquímica: Sarcoma Uterino Indiferenciado. Paciente em seguimento. **CONCLUSÃO:** Diante da singularidade dos sarcomas uterinos, pode-se atestar a importância da investigação e diagnóstico precoces, visto que, pode cursar com graves complicações, ao exemplo do caso exposto. Assim, tanto o cirurgião-oncológico, quanto o oncologista clínico, devem manter-se vigilantes na busca de sinais e sintomas que indiquem esse quadro, evitando progressão da doença e piora do prognóstico.

Objetivo: Descrever as perdas funcionais em mulheres que realizaram mastectomia.

Metodologia: Estudo retrospectivo, observacional, descritivo, baseado em artigos buscados no site BIREME referentes à perda funcional pós mastectomia. Foram utilizados os descritores: “perda funcional”, “pós operatório” e “qualidade de vida” associados a “pós mastectomia” ou “cirurgia oncológica”. Foram incluídos artigos sobre o tema de 2008 até 2018, com texto completo e em português. Resultados e Discussão: Em estudo realizado por Abreu et al., foi descrito redução da capacidade respiratória, da força muscular respiratória e da função pulmonar. Esta avaliação foi feita utilizando o exame de espirometria no pré e pós operatório, e, através da diferença encontrada, descrito os impactos pulmonares da retirada do CA de mama. Além de repercussões pulmonares, o linfedema é apontado como uma das principais queixas das pós mastectomia, tendo incidência de cerca de 10%, com a dissecação axilar, e quando associado a radioterapia, chega a 40%, segundo Nobianco et al. . Essa condição predispõe infecções, dores e redução da amplitude de movimento. Além da clínica, leva a uma mudança de hábitos e problemas emocionais, pois parte das pacientes veem o braço edemaciado com vergonhosa e estigma. Sobre os sintomas relacionados aos membros superiores das pacientes estudadas, ressalta-se: limitação do movimento do ombro (61,9%), dor (32,5%), linfedema (29,4%), aderência cicatricial (3,1%) e alterações sensitivas (2,5%). Deste total, 19,4% das mulheres não apresentavam complicações. Relacionando os dois estudos, depreende-se que, nem sempre as dores e limitações de movimentos são decorrentes do linfedema, podendo surgir devido a outras etiologias. Os acometimentos do pós-cirurgia relatados nos estudos tem, sobretudo, um impacto muito grande na qualidade de vida das pacientes. Nicolussi et al ressalta em seu estudo a importância da qualidade de vida em pacientes em tratamento do câncer de mama, neste, através de um questionário se chegou a conclusão de que as principais queixas são: insônia(41,71%), dor(39,50%), fadiga(34,89%), perda de apetite(27,46%), constipação(22,77%), vômito(14,74%) e dispneia(14,20%).Conclusão: Conclui-se, portanto, que há inúmeras perdas funcionais em pacientes mastectomizadas e implicações de ordem psicológica. Assim, é fundamental aparato por parte dos profissionais de saúde, tanto físico quanto emocional, promovendo qualidade de vida no pós-cirúrgico.

Introdução: Atualmente, as doenças isquêmicas do coração (DIC) são uma das principais causas de mortalidade no Brasil. A incidência e prevalência de DIC é ainda maior na população idosa, que também é a parcela populacional que mais utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS). Com o aumento da população idosa brasileira nas últimas décadas, os gastos na saúde pública vêm se tornando cada vez mais significativos. Método: Foram obtidos dados sobre as internações no Brasil por meio da base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde, no período de 1995 a 2014, e selecionados aqueles relacionados às DIC (CID-9 410 a 414, CID-10 I20-I25) na população idosa (acima de 60 anos). As variáveis analisadas foram: número de internações, tempo de permanência, taxa de internações por habitante, óbitos intra-hospitalares, média de permanência e taxa de mortalidade intra-hospitalar, estratificados por faixa etária e sexo, assim como os gastos (em R\$) para cada internação. Para comparação temporal, os valores gastos com as internações foram corrigidos anualmente com base na tabela FIPE. Resultados: No período analisado, 612.184 internações foram atribuídas às DIC em idosos do Brasil, sendo a maioria delas observadas entre indivíduos do sexo masculino (356.619 internações). O número de internações por ano aumentou de 19.328 para 33.735 no período analisado. O tempo médio de permanência se manteve estável em 6,5 dias. O gasto total associado às internações por essas doenças foi superior a R\$ 1,25 bilhões, com uma média de R\$ 62,5 milhões a cada ano. Os gastos com internações aumentou progressivamente, variando de R\$ 41,1 milhões em 1995 para R\$ 193,7 milhões em 2014. Quanto à mortalidade hospitalar, observou-se uma redução de 41,27 para 33,3 óbitos/1000 internações entre 1995 e 2014 ($R^2=0,553$; $p<0,01$). Essa redução da mortalidade foi ainda mais significativa entre mulheres, e aqueles com idade entre 70 a 74 anos. Conclusão: Assim como observado em países desenvolvidos, com a transição demográfica e o aumento da população idosa no Brasil, observou-se aumento no total de internações por DIC no país. O impacto financeiro foi crescente e progressivo, tendo em vista a incorporação de tecnologias de alto custo para o diagnóstico e tratamento dessas doenças. Essas tecnologias agregadas ao longo dos últimos 20 anos podem ajudar a explicar a redução na mortalidade hospitalar observada.



TUMOR DE KLATSKIN E ADENOCARCINOMA HEPÁTICO EM PACIENTE PORTADOR DE HEPATITE B

DAYANNE AUGUSTA GONÇALVES, GIOVANI PREDIGER DOBRI, JOÃO ALEXANDRE DA COSTA BERIGO, JOÃO GABRIEL FRANCO LOPES, MATHEUS LOPES DA SILVA, RENAN MOREIRA BOKINO, CLAUDIA FERREIRA GONÇALVES, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS. Oncologia

INTRODUÇÃO: O Tumor de Klatzkin é um colangiocarcinoma hilar localizado na bifurcação do ducto hepático principal. Corresponde a aproximadamente 30% dos colangiocarcinomas, cuja incidência varia de 0,01% a 0,8%. A clínica é normalmente icterícia obstrutiva, dor em hipocôndrio direito e perda de peso. Apresenta alta letalidade, seu diagnóstico geralmente é tardio e, em 50% dos casos, lesões avançadas, associadas ou não a metástases peritoneais e hepáticas. **RELATO DE CASO:** R.M.O., masculino, 57 anos. Paciente ex-tabagista, com histórico de colelitíase. Foi diagnosticado em Setembro/2016 com Hepatite B, iniciando então o uso de Entecavir. Após 6 dias, iniciou quadro de dor em hipocôndrio direito, acolia fecal, colúria e icterícia. Relatou perda de peso, sem saber quantificar e dizer o tempo. Ao exame físico apresentava-se emagrecido, com hepatomegalia, Murphy positivo e icterícia 3+/4+. Investigação laboratorial revelou Bilirrubina total 21,5, Bilirrubina direta 15, Bilirrubina indireta 6,5, Fosfatase Alcalina 260, Gama GT 259, TGO e TGP normais. Tomografia Computadorizada de abdome mostrou massa obstrutiva em vias biliares. Colangiorressonância mostrou lesão expansiva centrada no ducto hepático comum, com extensão para ducto direito, dilatação de vias biliares e possível infiltração no parênquima hepático. Foi realizado o diagnóstico de Tumor de Klatzkin e em Outubro/2016 feita cirurgia, que consistiu em derivação biliodigestiva, com colecistectomia e biópsia hepática. Biópsia revelou adenocarcinoma hepático infiltrante moderadamente diferenciado com extensas áreas de necrose focais de padrão rosetoide, sem tecido hepático preservado. Resultado da imuno-histoquímica não foi relatado. Paciente recebeu alta, porém necessitou de nova internação com quadro agudo de febre e dor abdominal. Evoluiu com piora do estado geral, infecção abdominal, sepse e óbito em Dezembro/2016. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico de Tumor de Klatzkin foi realizado adequada e rapidamente. O único tratamento efetivo disponível é a ressecção cirúrgica, que foi realizada corretamente. Esse tipo raro e agressivo de tumor continua sendo um desafio para a Medicina, tanto em seu diagnóstico precoce quanto em seu tratamento. Numa síndrome icterícia pronunciada deve ser sempre descartado tumores de vias biliares e realizado um ultrassom de abdome. Com o desenvolvimento de novos marcadores e ferramentas, espera-se que o diagnóstico seja mais precoce e dessa forma melhorar o prognóstico.



TUMOR DESMOLÁSCICO DE PEQUENAS CÉLULAS REDONDAS ABDOMINAL DA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

CATARINA DE LOURDES GESTEIRA PEDREIRA, GEORGE ALEXANDRE LIRA, INGRID GABRIELLE DOS SANTOS LINS, CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA, ISA MARYANA ARAUJO BEZERRA DE MACEDO, JOSÉ WILTON SARAIVA CAVALCANTI FILHO, JULIANA BARBOSA MIRANDA, INGRYD GABRIELLA NASCIMENTO SANTOS FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – FAMENE, HOSPITAL DA LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O Câncer, UNIVERSIDADE POTIGUAR - UNP, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, UNIVERSIDADE POTIGUAR - UNP, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE Oncologia

INTRODUÇÃO: O Tumor Desmoplásico de Pequenas Células Redondas (TDPCR) é uma neoplasia rara, predominando em crianças e adultos jovens do sexo masculino. É uma lesão indiferenciada, de origem neuroendócrina e com acometimento predominantemente intra-abdominal, sendo esta a principal causa de morte, pois apresenta padrão de crescimento infiltrante. A associação entre aspectos clínicos, histológicos e imuno-histoquímicos é necessária para o diagnóstico. Na imuno-histoquímica, o TDPCR revela um padrão de diferenciação polifenotípica, com expressão de marcadores epiteliais e mesenquimais, além de, usualmente, mostrar um padrão dot-like de desmina e vimentina. **RELATO DO CASO:** T.A., masculino, 11 anos, admitido com queixa de massa abdominal palpável, de crescimento progressivo em região epigástrica, há oito anos. Paciente assintomático. Ao exame: massa epigástrica palpável, móvel, indolor. Portador de Hidrocefalia com Derivação Ventricular Peritoneal (DVP), desde dezembro de 2006. Ultrassonografia abdominal apresentou imagem hipocóica complexa na região do epigástrio. Tomografia computadorizada do abdome superior e pelve: formação expansiva, captante do meio de contraste de forma heterogênea, localizada anteriormente e com efeito compressivo direto sobre o lobo esquerdo do fígado, em íntima relação com o cateter de DVP. Paciente foi submetido à Laparotomia Exploradora com achado de massa epigástrica fixa ao peritônio parietal e ao cateter de derivação ventricular peritoneal. Realizou ressecção da lesão, sem intercorrências. O anatomopatológico evidenciou neoplasia maligna de células redondas. Imunohistoquímica: Tumor Desmoplásico de Células Pequenas e Redondas, com desmina, WT1 positivos. Paciente segue aos cuidados da oncologia clínica. **CONCLUSÃO:** O TDPCR é uma neoplasia maligna altamente agressiva e de difícil diagnóstico, no qual o estudo imuno-histoquímico torna-se sempre necessário. O presente caso está dentro da epidemiologia e dos resultados laboratoriais descritos na literatura. O paciente em questão não realizou o estudo da translocação, mas a pesquisa de WT-1 mostrou-se positiva, corroborando o diagnóstico. Devido à elevada agressividade, sua completa ressecção não é passível de realização, na maior parte das vezes, devido ao acometimento peritoneal múltiplo e difuso. A evolução da doença é desfavorável, com sobrevida média de 17 meses e variações entre 3 e 72 meses.



TUMOR NEUROENDÓCRINO NÃO FUNCIONAL DE PÂNCREAS: RELATO DE CASO.

CATARINA DE LOURDES GESTEIRA PEDREIRA, GEORGE ALEXANDRE LIRA, CRISLANNY REGINA SANTOS DA SILVA, INGRID GABRIELLE DOS SANTOS LINS, ISA MARYANA ARAUJO BEZERRA DE MACEDO, LUCAS SOLON DIAS DE FARIAS, LAYANE BARRETO COSTA, BEATRIZ DA SILVA MONTEIRO CAVALCANTI

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – FAMENE, LIGA NORTE-RIO-GRANDENSE CONTRA O Câncer, FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA - FAMENE, UNIVERSIDADE POTIGUAR - UNP, UNIVERSIDADE POTIGUAR - UNP, UNIVERSIDADE POTIGUAR - UNP, UNIVERSIDADE POTIGUAR - UNP, UNIVERSIDADE POTIGUAR - UNP.

Oncologia

INTRODUÇÃO: Os tumores neuroendócrinos pancreáticos (PNETs) compreendem 7% dos tumores neuroendócrinos (NETs) e 2% de outras patologias pancreáticas. A incidência de PNETs aumenta após os 40 anos, com pico de incidência aos 65 anos. Eles são divididos em neuroendócrinos pancreáticos funcionais (sintomatologia associada à secreção inapropriada de algum hormônio) e não funcionais. 60-90% dos PNETs são não funcionais e, devido à sua natureza frequentemente assintomática, a maioria dos pacientes apresenta metástases à distância. Eles podem ser de baixo, médio ou alto grau, com o valor do Ki-67 como o determinante dessa classificação. O tratamento curativo dos PNETs não funcionais é individualizado, mas, quase sempre, é feito através de cirurgia. **RELATO DO CASO:** R.S., feminina, 28 anos, admitida com queixa de dor em flanco esquerdo, que piora durante refeições, inapetência, perda ponderal e disúria há três meses. Ao exame: linfonodos palpáveis em região supraclavicular e cadeia inguinal. Abdome doloroso à palpação, em região de mesogastro. Presença de massa palpável e móvel no flanco esquerdo, com cerca de 10cm. Tomografia computadorizada do abdome superior e pelve: volumosa lesão expansiva, acometendo o pâncreas, rechaçando alças abdominais e órgãos parenquimatosos adjacentes, ascite discreta e sem sinais de linfonodomegalias no retroperitônio. Paciente foi submetida à Pancreatectomia Distal, Esplenectomia e Linfadenectomia Retroperitoneal. Anatomopatológico do Pâncreas: Neoplasia Maligna de Células Epitelioides. Margens livres. Anatomopatológico do Baço: congestão. Anatomopatológico dos Linfonodos Retroperitoneais: metástase em 10, de um total de 25 examinados e extensão extracapsular presente. Imunohistoquímica: Carcinoma neuroendócrino de alto grau. Ki-67 de 80%, cromogranina A e sinaptofisina negativos. Não foi possível afirmar o sítio primário da neoplasia. Paciente encaminhada para oncologia clínica. **CONCLUSÃO:** Os PNETs não funcionais estão associados a um pior prognóstico, devido ao diagnóstico tardio, associado à metástase, como no caso em questão, onde a paciente já se encontrava com acometimento esplênico e linfonodal. Os anticorpos cromogranina A, sinaptofisina e NSE encontram-se positivos na imuno-histoquímica na maioria dos PNETs. R.S não apresentou positividade para esses marcadores, mas isso não excluiu o diagnóstico e tornou o prognóstico mais reservado, por apresentar Ki-67 de 80% e faixa etária precoce para o habitual.



TUMORES METACRÔNICOS DE RETO E ESTÔMAGO EM PACIENTE COM IDADE MENOR DE 50 ANOS

NATHALIA AIDAR BITTAR, ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO, EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA, NATHALIA TAVARES DA SILVA, MARIA ANGÉLICA ELOI FRANCO, ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES, PAULO TADEU SILVA CAMPOS, JOÃO ORMINDO BELTRÃO BARROS UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, PUC-GO, UNIEVANGÉLICA

Oncologia

Introdução: Os cânceres de estômago e colorretal estão entre os 8 tipos mais comuns do mundo e ambos acometem majoritariamente mulheres. Sabe-se que dieta e estilo de vida são fatores de risco comuns aos dois, porém é importante lembrar que doenças genéticas, como a síndrome de Lynch, podem cursar com ambas as neoplasias de forma sincrônica ou metacrônica, sendo importante o estudo dessa associação. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 40 anos, foi submetida à retossigmoidectomia e linfadenectomia pélvica com anastomose coloanal baixa, para retirada de adenocarcinoma primário, estágio III, de cerca de 4cm em reto inferior. Foi realizada quimioterapia (QT) neoadjuvante previamente com 5-fluoracil e leucovorin, associada a radioterapia, para redução do tumor e melhor prognóstico. Foi possível a retirada completa do tumor e aguarda-se resultado histopatológico para QT adjuvante. A paciente evoluiu bem, sem febre ou dispnéia, apenas com dor leve na ferida operatória. Em 2005 a mesma paciente foi submetida à gastrectomia total para retirada de adenocarcinoma, também primário, em estômago, que apresentava metástase pulmonar. Foi realizado quimioterapia e radioterapia em esôfago e estômago em 2006, e não houveram recidivas pós-gastrectomia até os dias atuais. A paciente nega tabagismo, etilismo e tem dieta moderadamente balanceada. Relata que como sintomas do CA de reto apresentou hemorragia digestiva baixa, dor abdominal, lombar e perda de peso que não soube relatar. Negou hematocquezia. Na família não haviam casos de tumores gastrointestinais ou outras neoplasias presentes em síndromes genéticas. A paciente não foi submetida à exames de biologia nuclear, para rastreio genético. **Conclusão:** Apesar de muito comuns, os tumores de estômago e reto, principalmente quando associados, merecem uma investigação minuciosa e atenção especial. Outro fator de extrema relevância é a idade de aparecimento da doença, visto que, como no caso descrito, pacientes mais jovens podem ter maior associação com aspectos genéticos e, possivelmente, menor influência de fatores ambientais. É importante, portanto, o relato da ocorrência de tumores sincrônicos ou metacrônicos, para a melhor prática da medicina baseada em evidências e para diagnóstico mais precoce de síndromes genéticas relevantes.

TUMORES NEUROENDÓCRINOS GASTROENTEROPANCREÁTICOS: RELATO DE CASO

MARCOS ALEXANDRE DE SOUZA, AROLD HENRIQUE S. BOIGUES, FABIO DE OLIVEIRA RIUTO, FLAVIO DE PAULA MORAES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS – UFGD, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS - UFGD, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS - UFGD, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS - UFGD

Oncologia

INTRODUÇÃO: os tumores neuroendócrinos gastroenteropancreáticos são incomuns, mas o diagnóstico dessas lesões aumentou em aproximadamente 10 a 30% de acordo com as últimas revisões. Isso é consequência da melhor acurácia da diagnóstica que associa exames de imagem e análises moleculares. Esses tumores, são derivados das células neuroendócrinas e constituem um grupo heterogêneo de neoplasias, cujas as manifestações clínicas são variadas. Eles podem ocorrer de forma isolada ou como parte de uma síndrome hereditária, tal como na Neoplasia Endócrina Múltipla Tipo I (NEN-1), Von Hippel-Lindau, Neurofibromatose Tipo 1 e esclerose tuberosa. O presente trabalho, tem por objetivo relatar um caso atípico de tumor neuroendócrino gastroenteropancreático. **RELATO DO CASO:** paciente do sexo masculino, branco, 49 anos, realizou EDA de controle para acompanhamento de gastrite atrófica, que evidenciou uma lesão ulcerada no corpo gástrico. Foi submetido a uma Ecoendoscopia para uma melhor avaliação e planejamento cirúrgico. Durante o procedimento, foi identificada uma lesão no corpo do pâncreas. O paciente foi submetido a gastrectomia parcial com ressecção do nódulo pancreático. O anátomo patológico e o estudo imunohistoquímico, concluíram que a lesão do corpo gástrico era compatível com um tumor neuroendócrino bem diferenciado, pois tinha marcadores positivos para cromogranina e sinaptofisina e Ki67 com baixo índice de proliferação (<2%). O nódulo pancreático também era compatível com tumor neuroendócrino bem diferenciado tipo I, produtor de Glucagon, já que apresentava marcadores positivos para cromogranina, sinaptofisina, glucagon e Ki67 com baixo índice de proliferação (<1%). **CONCLUSÃO:** Associações atípicas, como a do caso relatado podem ocorrer, mas só serão diagnosticadas com uma propedêutica adequada, já que os tumores neuroendócrinos gastroenteropancreáticos têm apresentações variadas. Algumas lesões apresentam manifestações clínicas exuberantes, em razão dos produtos secretados, tais como os peptídeos pancreáticos, no entanto na maioria dos casos os tumores neuroendócrinos gastroenteropancreáticos são oligossintomáticos e só são diagnosticados incidentalmente. O caso relatado corrobora com os dados atuais da literatura, visto que mostra como a melhora da acurácia da endoscopia digestiva alta e de outros exames de imagem, associados ao estudo anatomopatológico e a imunohistoquímica são importantes para diagnosticar neoplasias menos frequentes.

EPIDEMIOLOGIA E CUSTOS DOS ACIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRES NA CIDADE DE GOIÂNIA.

ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES, PAULO TADEU SILVA CAMPOS, ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO, EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA, NATHALIA AIDAR BITTAR, NATHALIA TAVARES DA SILVA, MARIA ANGELICA ELOI FRANCO, MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA

UNIEVANGÉLICA, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA

Trauma

Ojetivo: os acidentes de transporte terrestres (ATT) são responsáveis por grande parte das causas externas de óbitos. **Método:** analisar os dados estatísticos é de fundamental para a construção do sistema de atendimento pré-hospitalar às vítimas de ATT e melhor realocação de recursos. Foi realizado um estudo transversal, quantitativo e populacional, baseado no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS). Os dados foram restringidos ao estado de Goiás. Optou-se por analisar dados de 2013 à 2016 por se apresentarem mais completos e recentes. **Resultados:** em 2013, as causas de morte por ATT representaram 45,7% das mortes por causas externas e 8,3% de todos os óbitos de Goiás. O número de óbitos de ATT em Goiânia foi de 432 em 2015, com 80% de óbitos masculinos. Cerca de 15% dos óbitos em ATT são de pedestres traumatizados, 23% de ocupantes de automóvel, 38% de motociclistas traumatizados e 20% por outros ATT. As principais faixas etárias acometidas são de 20-29 anos, 30-39 anos, 50-59 anos e 40-49 anos, que representam respectivamente 22%, 18%, 14% e 13%. Os custos dos ATT representam cerca de 1%, 1,5% e 2% do PIB dos países subdesenvolvidos, em desenvolvimento e desenvolvidos, de acordo com a OMS. Os custos variam com o tipo de acidente de trânsito e os tipos de veículos envolvidos. A média dos custo da internação por ATT em 2016 em Goiânia foi de R\$ 1.532,57. O tipo com maior custo foi o Motociclista traumatizado em colisão com outro veículo não-motorizado, que teve como média em 2016 o custo de R\$ 6.062,40. Já o que apresentou menor custo foi o Acidente com um veículo a motor ou não-motorizado, tipo(s) de veículo(s) não especificado(s), que teve como média no ano de 2016 o valor de R\$ 425,03. **Conclusões:** os ATT como causas de mortalidade externa, especialmente os tipos ocasionam mais mortes e maiores custos de internação são de enorme relevância. A análise dos dados referentes à cidade de Goiânia pode ser comparada às outras metrópoles brasileiras, evidenciando os acidentes envolvendo pedestres e motociclistas, especialmente na faixa etária de 20-29 e 30-39 anos, como os mais frequentes causadores de morte e os que representam maiores custos.

ANÁLISE DO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM POLITRAUMATIZADOS E SUAS VARIÁVEIS NO BRASIL

FÁBIO FERREIRA MARQUES, GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO, GABRIELLA JAIME VIEIRA, ISADORA GARCIA CARNEIRO KRIUNAS SEVERINO, RENATO SOUZA LUZ PEDROSA, BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL

UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA.

Trauma

Objetivos: Analisar o tratamento cirúrgico em politraumatizados e suas variáveis no Brasil. **Métodos:** Refere-se à um estudo epidemiológico quantitativo com abordagem por corte transversal realizado no Brasil entre os anos de 2015 e 2017. Os dados foram obtidos do sistema DATASUS, de ordem secundária, na categoria de base de dados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), selecionando variáveis significantes. **Resultados:** Constatou-se que no período referente houve 189842 procedimentos relacionados ao politraumatizado, sendo 31,44% em 2015 e 34,27% tanto em 2016 como em 2017. Ademais, a região Sudeste teve 33,05% do total, enquanto a região Norte ficou com o menor número, 6,42%. O valor dos serviços hospitalares foi de R\$ 506078812,43, sendo que o valor médio de internação foi de R\$ 3423,22. A média de permanência foi de 6,7 dias e a taxa de mortalidade foi de 4,74. Percebe-se também que em relação a hospitalização, a maioria foi de complexidade média, 90,65%, enquanto a alta ficou com 9,34%. Além disso, o regime em maior parte foi ignorado, 73,90%, enquanto o público e privado ficaram com 14,32% e 11,72% respectivamente. Vale ressaltar que em relação ao caráter de atendimento, 0,33% foram eletivos, 85,13% de urgência, 0,002% de acidente no local, 0,002% de acidente no trajeto, 6,69% de outros acidentes de trabalho e 4,83% de outras causas externas. **Conclusão:** O atendimento hospitalar e de emergência ao paciente politraumatizado exige conhecimento avançado de procedimentos por todos da equipe em uma unidade de urgência e emergência. O politraumatismo é um grave problema de saúde pública, principalmente nas grandes metrópoles. O manejo de politraumatizados pode ser conservador ou cirúrgico, devendo a conduta ser definida a partir da classificação das lesões. A abordagem cirúrgica é comum devido ao mecanismo de trauma penetrante, o qual leva a lesões mais complexas e também devido à alta frequência de lesões viscerais associadas. Vale ressaltar que condutas fisioterapêuticas, como a cinesioterapia: exercícios isométricos, alongamento, mobilizações passivas e ativo-assistidas, podem ser também coadjuvantes para terapêutica, para melhora mais rápida do retorno da força muscular e deambulação.

LESÃO MIOCÁRDICA EVOLUINDO COM TAMPONAMENTO CARDÍACO EM PACIENTE APÓS TRAUMA PENETRANTE EM TRANSIÇÃO TORACOABDOMINAL: RELATO DE CASO

CLESTON PAIVA FERREIRA, PATRÍCIA ALVES MANGUEIRA, VINICIUS DE CASTRO BARBOSA FONSECA

UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC

Trauma

Introdução: Traumas com lesões penetrantes em região tóracoabdominal repercutem com alto índice de morbimortalidade. Tendo como exemplo de evolução grave o taponamento cardíaco associado ou não a choque e a lesões miocárdicas. Como o saco pericárdico é uma estrutura fibrosa inelástica, uma pequena quantidade de líquido pode ser suficiente para restringir o enchimento cardíaco. Relato do caso: Paciente 44 anos, masculino, deu entrada na emergência de um hospital de referência, vítima de ferimento por arma branca, revelando orifício de perfuração de aproximadamente dois centímetros com sangramento ativo em região de transição toracoabdominal. Apresentou dor torácica intensa, torpor, cianose periférica, sudorese fria, taquicardia, pulso fino, hipotensão. Após ser realizada reposição volêmica vigorosa com cristalóide, o paciente evoluiu com melhora transitória do quadro hemodinâmico. Ademais foi requisitada avaliação à cirurgia geral, que observou sinais clínicos compatíveis com taponamento cardíaco. Diante disto, foi solicitada ultrassonografia (USG) de tórax e abdome. Esta sem apresentar anormalidades, entretanto a primeira evidenciou líquido livre em cavidade pericárdica. Realizado, então, pericardiocentese guiada por USG com retirada de 40 mililitros de sangue. Apesar do tratamento instituído, o paciente evoluiu com piora clínica e após discussão com cirurgia torácica ele foi encaminhado ao centro cirúrgico com indicação de toracotomia com pericardiotomia. Após o diagnóstico intraoperatório de lesão de ventrículo direito, foi realizada drenagem de hematoma de saco pericárdico, cardiografia, pneumorrafia e toracostomia com drenagem em selo d'água. Ao primeiro dia pós-operatório, paciente foi encaminhado para unidade de terapia intensiva, onde permaneceu por 10 dias, recebendo antibioticoterapia de amplo espectro, fisioterapia, suporte ventilatório e nutricional. Após melhora clínica significativa, foi transferido para ala cirúrgica, onde permaneceu por mais 6 dias, mantendo antibioticoterapia, analgesia e fisioterapia respiratória e motora. Recebeu alta após 17 dias de internação hospitalar, sem queixas, em bom estado geral, com orientações para seguimento ambulatorial. Conclusão: O trauma torácico penetrante é uma causa importante de morte. A identificação precoce de potenciais lesões mortais é imperativa de forma a instituir, imediata, mas criteriosamente, as melhores opções terapêuticas.

ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS EM MENORES DE 5 ANOS

ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES, PAULO TADEU SILVA CAMPOS, ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO, EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA, NATHALIA AIDAR BITTAR, NATHALIA TAVARES DA SILVA, MARIA ANGELICA ELOI FRANCO, MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA

UNIEVANGÉLICA, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA

Trauma

Objetivo: Analisar a epidemiologia dos óbitos na faixa etária pediátrica por causas externas no Brasil. **Métodos:** O trabalho realizado é um estudo epidemiológico quantitativo transversal, cujo os dados foram obtidos por meio de consulta ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), pelos dados fornecidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A população do estudo foi a faixa etária infantil de no período de 1996 ate 2015. Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até 2015, último ano em que constavam os dados completos. Estratificou-se o grupo estudado por regiões da federação, por sexo e etnia. **Resultados:** entende-se óbito por causa externa ou obito não natural, aquele que decorre de uma lesão provocada por violência como: homicídio, suicídio ou acidente, independente do tempo entre o evento lesivo e a morte. O óbito por causa externa representa grande parte das causas de mortalidade infantil no Brasil, apesar da subnotificação, da falta de uniformidade e de integração dos registros, sendo ainda difícil conhecer toda a extensão do problema. Por ser uma causa de morte evitável, é essencial que os pais e cuidadores sejam orientados quanto aos cuidados que essa faixa etária carece. No período estudado, o total de óbitos por causas externas no Brasil foi de 58.011 casos. Dentre as regiões brasileiras, a região Sudeste apresentou o maior número de registros com total de 22.182 casos (38,2%), do lado extremo, a região Centro – Oeste, que apresentou o menor número, com 5.671 óbitos (9,8%). Ao avaliar os meses de maior incidência, destacam-se os meses de Janeiro (5.139) e Julho (5.197), que correspondem às férias escolares. É notória a diferença entre os sexos, sendo o masculino responsável por 59,27% dos casos. Em relação a cor, houve predomínio da cor branca com 24.125 casos, seguido pela cor parda com 20.086 casos. **Conclusão:** Os resultados encontrados enquadra o Brasil no perfil de países subdesenvolvidos, uma vez que as causas externas formam uma significativa porção das causas de mortalidade nos menores de 5 anos. Entretanto, conclui-se que as regiões mais acometidas foram as mais urbanas e desenvolvidas. Entretanto, deve-se levar em conta a existência de subnotificações da mortalidade em menores de 5 anos em regiões menos desenvolvidas do país. Devido a maior incidência em meses de férias, é benéfico a promoção de campanhas de orientação nessa época do ano.

O TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS COM LESÃO DE ÓRGÃO INTRATORÁCICO E INTRA-ABDOMINAL

FÁBIO FERREIRA MARQUES, GABRIELA FIGUEIREDO DE ARAÚJO, RENATO SOUZA LUZ PEDROZA, GABRIELLA JAIME VIEIRA, ISADORA GARCIA CARNEIRO KRIUNAS SEVERINO, BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL

UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA.

Trauma

Objetivos: Analisar o tratamento de traumatismos com lesão de órgão intratorácico e intra-abdominal e suas variáveis no Brasil. **Métodos:** Refere-se à um estudo epidemiológico quantitativo com abordagem por corte transversal realizado no Brasil entre os anos de 2014 e 2017. Os dados foram obtidos do sistema DATASUS, de ordem secundária, na categoria de base de dados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), selecionando variáveis significativas. **Resultados:** Constatou-se que no período referente houve um total de 18951 procedimentos, sendo 33,32% em 2016 e 2,70% em 2014. Ademais, a região Sudeste teve 42,61% do total, enquanto a região Norte ficou com o menor número, 11,01%. O valor dos serviços hospitalares foi de R\$ 14406221,79, sendo que o valor médio de internação foi de R\$ 859,76. A média de permanência foi de 5,4 dias e a taxa de mortalidade foi de 3,51. Além disso, o regime em maior parte foi ignorado, 73,54%, enquanto o público e privado ficaram com 17,74% e 8,71% respectivamente. Vale ressaltar que em relação ao caráter de atendimento, 1,70% foram eletivos, 88,29% de urgência, 0,0052% de acidente no trajeto, 5,13% de outros acidentes de trabalho e 4,85% de outras causas externas. **Conclusão:** A maioria das lesões traumáticas do tórax é tratada apenas com suporte ventilatório, analgésico e drenagem de tórax. Poucos dos traumas torácicos penetrantes e dos traumas contusos requerem intervenção cirúrgica. Sobre o trauma abdominal, os pacientes com sinais de irritação peritoneal, instabilidade hemodinâmica ou sangramento retal após ferimentos penetrantes, por arma branca ou arma de fogo devem ser encaminhados para exploração cirúrgica imediata. Percebe-se, de acordo com a literatura, que o médico socorrista dever estar preparado para reconhecer e corrigir as lesões torácicas graves que podem colocar em risco a vida do paciente no atendimento inicial, além de reconhecer a necessidade da avaliação especializada do cirurgião torácico. Um conceito importante que precisa ser incorporado é a abordagem cirúrgica com Damage Control ou laparotomia abreviada, pois é a manutenção de um ambiente anatómico estável para impedir a progressão das alterações fisiológicas para um estado metabólico irreversível, uma vez que os pacientes morrem mais frequentemente de déficits funcionais (hipotermia, acidose metabólica intratável e estado de incoagulabilidade sanguínea) do que do reparo anatómico completo dos órgãos.

PERFURAÇÃO DE RETO ALTO: RELATO DE CASO

MARIANA CAROLINA BRAGA, LAURA BEATRIZ DE FREITAS BASTOS, CAROL DAMAS DE ANDRADE OLIVEIRA, RUTH DA CONCEIÇÃO COSTA E SILVA SACCO, BEATRIZ BALLARIN COSTA, Derval Pereira Pinto Júnior, Jordana Nogueira Gomes, Wladimir Fernandes Bezerra

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, FACIPLAC, FACIPLAC, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA.

Trauma

Introdução: Traumatismos extraperitoneais do reto são afecções pouco frequentes, representando 3 a 5% dos traumatismos abdominais, com taxa elevada de morbidade por complicações (25%). A introdução de corpos estranhos no reto representa a 2a causa mais comum de trauma retal, podendo ser acidental, voluntária ou forçada, capaz de provocar lesões que variam desde efracções e hematomas na mucosa até perfurações do órgão e estruturas vizinhas, como vagina e bexiga. O diagnóstico é feito por meio de relato de história clínica (perda de sangue pelo reto); exame físico, fundamental para prever complicações secundárias; e toque retal, que permite avaliar a extensão da lesão, detectar presença de corpos estranhos e de potenciais fraturas pélvicas. Ainda não há consenso que padronize o tratamento dessas lesões e seu manejo objetiva controlar hemorragias e reduzir a contaminação da cavidade intra-abdominal por sutura da lesão, lavagem do reto interior e drenagem pré-sacra. Assim, o tratamento deve ser individualizado e priorizar a detecção e o tratamento precoce de injúrias viscerais. **Relato de Caso:** FSA, 44 anos, masculino, vítima de lesão retal autoprovocada (material agressor desconhecido). Ao primeiro atendimento, realizados exames de rotina com radiografia de abdome agudo evidenciando pneumoperitônio. Ao hemograma, leucocitose. Foi feita internação imediata para realização de laparotomia exploradora por abdome agudo perfurativo. Na cirurgia, encontrado líquido seropurulento na pelve e perfuração de cerca de 3 cm em reto alto. Realizada coleta de material para cultura, síntese da perfuração em reto alto em 2 planos, lavagem exaustiva da cavidade abdominal e fechamento de toda a cavidade. No pós-operatório, paciente submetido à antibioticoterapia (certrioxone e metronidazol por 6 dias). Dois dias após, paciente relatou dor abdominal e não deambulação, com melhora ao 3o dia. A alta foi concedida ao 6o dia de internação, com orientação de retorno para avaliação em 30 dias. **Conclusão:** Embora pouco frequente, diagnóstico e intervenção devem ser rápidos e eficazes, dadas à alta taxa de morbidade. O diagnóstico se baseia em história clínica, exame físico e toque retal. O tratamento é cirúrgico, podendo incluir sutura da lesão, lavagem do reto inferior e drenagem pré-sacra, com conduta individualizada. As complicações incluem perfurações de órgãos e estruturas vizinhas, hemorragias e contaminação da cavidade intra-abdominal.

RELATO DE FERIMENTO POR ARMA BRANCA NA ÁREA DE ZIEDLER EM UM PACIENTE NA CIDADE DE MACAPÁ - AP

[illegible]

INTRODUÇÃO: Os ferimentos por arma branca (FAB) possuem maior prevalência no sexo masculino, com média de 25 anos de idade. As regiões mais acometidas são: abdominal, membros superiores e torácica. Os procedimentos realizados dependem do local de acometimento, das características da lesão e da conduta realizada. É importante a realização do protocolo de Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS) para redução da morbimortalidade. As lesões devem ser analisadas pelo seu ponto de entrada e pela direção seguida, no intuito de analisar os acometimentos intracorpóreos e adequar o planejamento da abordagem cirúrgica. A internação clínica e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é comum. Pode haver lesão cardíaca em ferimentos na área de Ziedler (AZ), delimitada pelas linhas paraesternal direita e axilar anterior esquerda e pela clavícula e rebordo costal esquerdo. O ventrículo direito, pela posição anatômica, é mais acometido. **RELATO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 28 anos, foi admitido ao serviço de emergência local com múltiplas lesões por FAB. Apresentou leve confusão mental, três perfurações (uma na face anterior do ombro direito e duas na AZ), taquicardia, taquipneia e ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. No atendimento inicial foram utilizados O2 (15l/min) e ringer lactato 2000 ml EV. Em seguida, iniciou o quadro de hipotensão arterial com hipofonese de bulhas cardíacas e discreto ingurgitamento jugular, sendo encaminhado ao centro cirúrgico para realização de laparotomia exploratória, janela pericárdica positiva e toracotomia. Durante o procedimento executou-se a miocardiografia de lesão pontual no ventrículo esquerdo e o posicionamento de um dreno de tórax fechado (esquerdo). Posteriormente, foi encaminhado à UTI e induzido a esquema de manutenção de sinais clínicos e profilaxia de infecções (hidratação, transfusão de hemocomponentes, ceftriaxona, metronidazol, dipirona, Plazil, Fentanil e hidrocortisona), controle da glicemia e introdução da nutrição enteral. Com satisfatória evolução clínica e início da fisioterapia respiratória, permaneceu por quatro dias na unidade e recebeu alta hospitalar 10 dias após o incidente. **CONCLUSÃO:** Os FAB na AZ apresentam redução da morbimortalidade quando manejados de forma adequada. Por isso é de suma importância a realização correta do protocolo de ATLS, bem como o atendimento precoce das vítimas desse tipo de trauma para melhor prognóstico e diminuição de complicações do tratamento.

TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA RENAL CONTUSO GRAU IV: UM RELATO DE CASO

ADRIANA MACHADO VIDIGAL, CONJETO LUIZ DA SILVA NETO, SAMUEL YOHEI KUDO DA SILVA, MARCIO MATIAS DE OLIVEIRA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPÓLIS, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS
Trauma

OBJETIVO: Avaliar o tratamento recebido por paciente com trauma renal contuso grau IV em um hospital não referenciado em trauma, uma vez que o trauma é a principal causa de morte na população com menos de 40 anos no Brasil. O trauma renal está presente em 10% dos traumas abdominais e é de grande relevância para estudo, devido à alta morbidade e mortalidade. O modelo de classificação no trauma renal desenvolvido pela Associação Americana de Cirurgia do Trauma (AAST), é um indicador utilizado por muitos cirurgiões para avaliar a necessidade de tratamento cirúrgico. Porém outros fatores devem ser considerados na tomada de decisão, como estabilidade hemodinâmica, a necessidade de transfusão e os valores das esócorias renais. Na classificação radiológica da lesão de grau IV existe atualmente, nos grandes centros especializados em trauma, uma tendência ao tratamento não operatório de imediato. **MÉTODO:** Revisão de prontuário. **RESULTADO:** Paciente, 55 anos, masculino, admitido em hospital não referência em atendimento ao politrauma após queda de altura (6 metros). À admissão apresentava queixa de dispnéia, dor torácica e abdominal. Ao exame ausculta abolida à esquerda, taquipneico, taquicárdico, hipotenso e dor à palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal. A conduta inicial foi realizar a drenagem de tórax fechada à esquerda, ressuscitação volêmica e lavado peritoneal, visto a não disponibilidade de FAST na unidade. Lavado negativo. Paciente com boa resposta à ressuscitação volêmica, foi encaminhado a tomografia que evidenciou importante trauma renal à esquerda, com grande laceração, maior que 50% do órgão e com extensão para o sistema coletor, porém sem evidência de lesão do pedículo vascular. Grau IV – AAST. Após avaliação ampla do paciente, optou-se por tratamento conservador. Na UTI paciente evoluiu com Insuficiência Respiratória, inicialmente atribuída à contusão pulmonar, evoluindo posteriormente com pneumonia e SARA. Tanto a injúria renal devido ao trauma quanto a injúria devido ao quadro séptico levaram o paciente a uma insuficiência renal aguda com necessidade de hemodiálise. Na UTI paciente teve acompanhamento seriado do trauma e função renal e não houve necessidade de abordagem cirúrgica. Evoluiu com melhora clínica, desmame da ventilação mecânica e diurese espontânea. **CONCLUSÃO:** Mesmo estando em um hospital não referenciado em trauma o paciente recebeu um tratamento tendência somente nos grandes centros especializados em trauma.

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMA CARDÍACO PENETRANTE POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO

PEDRO DUCATTI DE OLIVEIRA E SILVA, RAFAEL YUDI SCALIA CUNHA HOSHINO, VERLAINE DOS REIS, CRISTIANO DE MAGALHÃES NUNES, JOHN KENNEDY SOARES BARROS
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA, HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA, HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA, HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA, HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA, HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA.

Trauma

Introdução: O trauma cardíaco penetrante é um evento raro na sala de emergência pela alta taxa de mortalidade das lesões, e geralmente o paciente que chega estável na unidade de trauma apresenta uma lesão tamponada. A embolização cardiovascular de projéteis de arma de fogo são apresentações ainda mais raras, ou até anedóticas, de ferimentos penetrantes, causando sintomatologia distante do sítio primariamente acometido. O tratamento cirúrgico estabelecido consiste em esternotomia mediana ou toracotomia anterior para correção definitiva da lesão, pelo alto risco de tamponamento cardíaco. Dessa forma, o tratamento não operatório (TNO), o qual vem sendo estabelecido para outros tipos de trauma, não é conduta estabelecida pela pequena quantidade de casos publicados e pela pouca experiência dos serviços a fim de protocolar um conduta a esses casos. Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar um caso de sucesso no tratamento não operatório de ferimento cardíaco penetrante. Relato de caso: Paciente M.L.P.M., sexo feminino, 20 anos, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo com orifício de entrada em 3º espaço intertercostal esquerdo linha axilar anterior, sem orifício de saída, hemodinamicamente estável. Realizado Tomografia Computadorizada de tórax evidenciando projétil em parede lateral de ventrículo esquerdo (Figura 1). Em seguida, paciente evoluiu com dor súbito em membro inferior direito e nova TC realizada evidenciando projétil embolizado em artéria ilíaca externa direita (Figura 2). Realizado embolectomia desta artéria com extração do projétil sem alterações e, devido à estabilidade hemodinâmica e ecocardiografia transtorácica sem alterações realizada no centro cirúrgico, optou-se pelo TNO da lesão cardíaca. A paciente foi acompanhada em unidade de terapia intensiva (UTI) durante 7 dias com ecocardiografia transtorácica a cada 2 dias na primeira semana, e semanal a partir de então, até realização de ressonância magnética cardíaca no 21º dia, a qual não evidenciou alterações miocárdicas. Recebeu alta hospitalar assintomática com 24 dias de internação para seguimento ambulatorial com ecocardiografia de controle. Conclusão: Concluímos que em casos de excessão, o TNO de lesões cardíacas é plausível, com os seguintes critérios: paciente hemodinamicamente estável, sem sinais de derrame pericárdico, acompanhamento em UTI, ecocardiografia de rotina e internada em um centro de referência em trauma com equipe cirúrgica 24h à disposição.

TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO PARA LESÃO DIAFRAGMÁTICA POR TRAUMA PENETRANTE EM TRANSIÇÃO TÓRACO ABDOMINAL: UM RELATO DE CASO

RENATO SOUZA LUZ PEDROZA, LUCAS RASSI GARCIA, LUIÍS MÁRIO MENDES DE MEDEIROS, CONJETO LUIZ DA SILVA NETO, FERNANDO FERREIRA RIOS, NORRARA AMANDA TELES MARTINS, ROBSON DE BRITO OLIVEIRA, FABIANO ALVES SQUEFF

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA,CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA,

INTRODUÇÃO: A principal causa de lesão diafragmática são ferimentos penetrantes na zona de transição tóraco abdominal. Essa região é delimitada anteriormente pelo quarto espaço intercostal, sexto espaço intercostal lateralmente e ponta da escápula posteriormente; e tem como limites inferiores, a região epigástrica e rebordos costais. A real incidência das lesões diafragmáticas não é conhecida e isso se dá pelo fato da não progressão da investigação diagnóstica devido a maioria dos pacientes apresentarem-se assintomáticos. Sendo assim, o diagnóstico normalmente é estabelecido tardiamente quando há complicações. Porquanto haja essa perspectiva, atualmente os cirurgiões tem tomado uma postura mais ativa, afim de minimizar riscos futuros. Assim, têm-se adotado em muitos serviços a investigação de lesões diafragmáticas em pacientes assintomáticos vítimas de ferimento penetrante em região tóraco abdominal por meio de toracoscopia ou laparoscopia, técnicas minimamente invasivas e que acarretam menos morbidade.

RELATO DE CASO: Paciente, 27 anos, sexo masculino, atendido no Hospital de Urgências de Anápolis vítima de um ferimento por arma branca em sexto espaço intercostal em linha axilar média à esquerda. Ao exame apresentava-se hemodinamicamente estável, ausculta pulmonar diminuída à esquerda e sem dor à palpação abdominal. Optou-se pela drenagem de tórax fechada à esquerda com saída imediata de ar e em seguida foi indicada uma toracoscopia diagnóstica. Durante a toracoscopia foi identificada uma lesão diafragmática à esquerda de aproximadamente 3 cm. Procedeu-se então, a frenorrafia por videotoracoscopia. Paciente evoluiu com boa expansibilidade pulmonar, débito zero no dreno, permanecendo sem alteração ao exame físico abdominal, com boa aceitação da dieta e com eliminações fisiológicas presentes. O mesmo recebeu alta no segundo pós-operatório.

CONCLUSÃO: A partir do caso clínico, notamos a importância fundamental da investigação das lesões diafragmáticas em traumas penetrantes na transição tóraco abdominal; evitando, assim, complicações futuras. Além disso, a importância do uso de técnicas minimamente invasivas que permitem diminuir morbidade e os dias de internação hospitalar.

TRAUMA BILIAR EVOLUINDO COM CÁLCULOS INTRA E EXTRA HEPÁTICOS APÓS BILIODIGESTIVA EM Y DE ROUX-RELATO DE CASO

GABRIELA BARBOSA HERCULES, BRUNA BRAGA BARROS, RONE ANTÔNIO ALVES ABREU
UNITPAC, UNITPAC, UNITPAC

Trauma

INTRODUÇÃO:A lesão do trato biliar extra-hepático é vista em menos de 5% das vítimas de traumatismo abdominal.A mortalidade do trauma das vias biliares é relacionada ao atraso no diagnóstico, tipo de tratamento empregado e, naturalmente, à gravidade das lesões.A correção cirúrgica, além de controversa, é difícil, em função do pequeno diâmetro dos canais biliares.Os autores descrevem neste relato, o caso de um paciente admitido no serviço de cirurgia geral do Hospital Regional de Araguaína-TO, que apresentou dilatação de árvore biliar intra e extra-hepática com múltiplos cálculos após história de trauma abdominal fechado e 3 tentativas de reparo cirúrgico.**RELATO DO CASO:**Paciente masculino, 37 anos, vítima de acidente motociclístico há aproximadamente 5 anos com consequente lesão hepática e de vias biliares.Foi submetido à colecistectomia e reparo cirúrgico dos danos.No entanto, meses após a cirurgia evoluiu com quadro de febre alta acompanhada de calafrios, icterícia, acolia fecal, colúria e prurido.Foi submetido após um ano à provável anastomose biliodigestiva colédoco duodenal identificada no intraoperatório de uma reabordagem para anastomose biliodigestiva em Y de Roux,realizada após dois anos, devido à permanência do quadro e de uma Colangio RM evidenciando estenose severa do colédoco proximal.Logo,paciente deu entrada no HRA há 1 mês com quadro de dor em abdome superior, associado a febre recorrente, icterícia e colúria.Ao exame icterico,febril, abdome planto,tenso,doloroso a palpação superficial em quadrantes superiores.Realizado USG de abdome total mostrando dilatação de vias biliares intra-hepáticas e esplenomegalia inespecífica.Submetido a Conlangio RM onde observou-se importante dilatação da arvore biliar intra e extra-hepática, que contem múltiplos cálculos e também acentuada esplenomegalia. No cenário atual, foi proposto laparotomia exploratória + CPRE intraoperatória como arsenal terapêutico e possível desfecho do caso.**CONCLUSÃO:**As lesões dos canais biliares constituem um desafio à equipe cirúrgica e o tratamento depende, principalmente da experiência da equipe médica,uma vez que,uma lesão traumática biliar pode ter um desfecho desfavorável,se eventualmente, não foi manejada de forma adequada no atendimento inicial.No presente caso, o paciente evoluiu desfavorável após abordagens cirúrgicas anteriores, apresentando persistência do quadro colestatístico e cálculos intra e extra-hepáticos,sendo necessária a individualização do tratamento.

TRAUMA DE VEIA CAVA RETRO HEPÁTICA: EXCLUSÃO VASCULAR TOTAL HEPÁTICA, HIPERVOLEMIA PERI-OPERATÓRIA E CAVORRAFIA SERIADA COMO TÁTICA CIRÚRGICA

WELLINGTON JOSÉ DOS SANTOS, MARCUS VINICIUS DE ANDRADE CHALAR, TIAGO

VASCONCELLOS DE RESENDE, KALLEY SANTOS CAVALCANTE, RENATA MARTINS DAYREL

REZENDE, THAIS FARIA DOS SANTOS, MARCELO ARON FREITAS, ISABEL ARAUJO PEIXOTO

HUGOL, HUGOL, HUGOL, HUGOL, HUGOL,HUGOL, HUGOL, HUGOL

Trauma

OBJETIVO: Relatar a condução no tratamento da lesão de cava retro hepática em um hospital de trauma em Goiânia. Utilizado a Exclusão vascular total do fígado (EVTF) associado a hipervolemia, já descrito por outros autores, entretanto introduzimos o conceito de “Cavorráfia Seriada” como estratégia cirúrgica de tratamento.**MÉTODO:**Paciente conduzido ao pronto socorro após queda de altura de 2 metros sobre barra de aço. Admitido orifício de entrada na região lombar paravertebral a direita associado a sinal de irritação peritoneal e dispneia leve. Estável hemodinâmica. Apesar da indicação cirúrgica, optou-se pela tomografia de tórax a abdome devido localização do ferimento, melhor entendimento e estratégia cirúrgica. Tomografia abdome:laceração hepática segmento IV e VIII, lesão veia supra hepática direita com blush de contraste, lesão da cava retro-hepática, liquido livre na cavidade.Indicado Esternotomia e incisão de Makuuchi.Realizado a EVTF: manobra de Pringle, Clampeamento das Veias cava supra renal e cava supra hepática e acesso a lesão de 5cm da veia cava retro-hepática. Devido a hipotensão arterial causada tanto, pela baixa perfusão devido a exclusão hepática quanto, pela perda volêmica, foi orientado hipervolemia agressiva(hemotransfusão maciça e drogas vasoativas) e a cavorráfia executada de maneira seriada.Para isso, quando o paciente atinja PAS 60mmhg realizava clampeamento digital da lesão, controle local, e abertura do clampes para permitir a reperfusão e estabilidade sendo necessário 3 manobras até a conclusão da rafia. Evolui com IRA dialítica no pós operatório. **RESULTADO:**Trata-se de lesão com alta mortalidade peri-operatória. Moore descreveu uma taxa de mortalidade de 80% devido ao difícil acesso a lesão. Um "Briefing" com toda a equipe cirurgica é um passo importante para o sucesso. As incisões de Esternotomia e Makuuchi permitiu um controle vascular total do fígado e em caso de destamponamento da lesão com grande instabilidade facilitaria um shunt atrio-caval. Utilizamos a hipervolemia e a rafia seriada da veia cava permitindo um conforto peri-operatório no reparo da lesão. A transfusão maciça foi uma condição necessária. **Conclusão:** a EVTF associado a hipervolemia e cavorráfia seriada é uma estratégia cirúrgica e não há relato na literatura médica de casos utilizando-a como proposta terapêutica.

TRAUMA TRAQUEAL CONTUSO COM SECÇÃO TOTAL

ANA CAROLINA FERREIRA RODRIGUES, JULIANE LOPES DO NASCIMENTO, LUIZ FLÁVIO QUINTA JUNIOR, LUIZ FLÁVIO QUINTA JUNIOR

UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO ITPAC, INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE

ANTÔNIO CARLOS, INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS.

Trauma

Objetivo: Discutir a partir de um relato de caso e de uma revisão da literatura, as implicações de um trauma traqueal com secção total. **Metodologia:** Apresentação de um caso clínico de um paciente submetido a uma traqueoplastia por trauma traqueal contuso com secção total por trauma motociclístico, analisado em comparação com situações semelhantes na literatura. **Relato de caso:** Paciente masculino, 23 anos, procedente da zona rural do município de Conceição do Araguaia (PA), foi recebido pronto atendimento do Hospital Regional de Conceição do Araguaia, com queixa de falta de ar, vítima de trauma motociclístico (colisão de frontal com um colchete á 80km/h) aproximadamente uma hora após o ocorrido no dia 15/04/2018. Encontrava-se Lucido e Orientado em Tempo e espaço, regular estado geral, acianótico, afebril, normotenso, taquipneico, SPO2 de 95%, normocardico, disfônico, com escoriações, hematomas e edema em região cervical anterior e tórax Na ausculta pulmonar evidenciou estridores sem outras alterações ao exame físico e eritograma normal. Foi então solicitado a cirurgia geral para avaliar e logo em seguida foi encaminhado para o centro cirúrgico para correção do trauma traqueal através de traqueoplastia onde foi encontrado no intra-operatório uma secção total da traqueia a 3 cm das pregas vocais e foi realizado anastomose termino-terminal com traqueostomia distal, utilizando um tubo traqueal pela falta de cânulas de traqueostomias para adultos no serviço e anastomose e colocação de um dreno de sucção. Após a cirurgia o paciente foi encaminhado para a enfermaria, apresentando-se estável em uso também de sonda nasogástrica e vesical. No 1º DOP paciente evoluindo bem e sem intercorrência, realizado radiografia cervical que mostrou a cânula bem posiciona e pulmões limpos exames laboratoriais dentro da normalidade, no 2º DOP foi solicitado encaminhamento do paciente para outro serviço para a realização de exames pós operatórios, TC, Broncoscopia e EDA, hoje no 4º dia DOP paciente aguardando vaga para transferência. **Conclusão:** Os trauma de traqueias são raros e com alta taxa de morbidade mortalidade e o sucesso no diagnóstico e tratamento, freqüentemente, requer alto grau de suspeição e a correção cirúrgica como método de escolha, pois evita as complicações associadas ao reparo tardio das lesões, e apesar das intercorrências para realizar o tratamento do paciente obteve-se ate o momento sucesso no tratamento.

APENDICITE AGUDA EM RECEPTOR DE TRANSPLANTE DE RENAL

MÁRIO HENRIQUE BITAR SIQUEIRA, PEDRO COSTA PAIXÃO, ANDRÉA PEDROSA RIBEIRO ALVES, DÉBORA SARA DE ALMEIDA CARDOSO, ANDREA AMÁLIA CAMPOS PIMENTEL
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Urgências abdominais não traumáticas

Objetivo: relatar o caso de paciente transplantado renal com apendicite. **Método:** as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. **Resultados:** T.L.F 30 anos, submetida a transplante renal há 7 anos por insuficiência renal após DHGE em gestação. Em uso de medicamento imunossupressor, entrou no pronto atendimento do Hospital Universitário de Brasília com queixas de disúria e astenia há 1 dia. Evoluindo com um episódio de náusea e vômito. Queixas de dores no local do enxerto renal em fossa ilíaca direita. Ao exame físico: paciente em bom estado geral, corada, hidratada, sem alterações cardíacas ou pulmonares. Com dor à palpação superficial em topografia de enxerto renal, sem sinais de irritação peritonal. Realizado ultrassonografia no dia 30 de agosto de 2017 com diâmetro de ceco apendicular aumentado sugerindo apendicite. Paciente neste mesmo dia foi submetida a apendicectomia sem intercorrência com apêndice grau 1. **Conclusão:** A apendicite aguda em receptores de transplante renal gera um quadro sintomático de difícil definição diagnóstica. Sendo uma doença rara de acordo com a literatura porém devendo ser rápida. **Bibliografia:** Wei CK, Chang CM, Lee CH, et al. Acute appendicitis in organ transplantation patients: A report of two cases and a literature review. *Ann Transplant.* 2014; 19: 248-252. FONSECA- NETO, O.C.L ; LIMA, H.C.S, MELO. P.S.V et al; ABCD, arq.bras.cir.dig.vol.29,1,São Paulo Jan./Mar. 2016;

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE APENDICECTOMIA CONVENCIONAL E LAPAROSCÓPICA EM GOIÁS DE 2014 A 2017.

ERNANE ARANTES XAVIER, GEOVANA LOUISE FRANCO, PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA ALCANTARA PANIAGO, TAYNARA CARRIJO MOREIRA, THIAGO MELANIAS ARAUJO DE OLIVEIRA, HELOISA SILVA GUERRA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE.

Urgências abdominais não traumáticas

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico das apendicectomias no estado de Goiás entre 2014 e 2017. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente às internações hospitalares para realização de apendicectomia, com pacientes de todas as faixas etárias, por local de internação em Goiás, entre os anos de 2014 a 2017. Os dados foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). As variáveis analisadas foram: número total de internações, valor total das internações, valor médio de internação, média de permanência e óbitos. **Resultados:** Foram realizadas 13.282 apendicectomias no período, com média de 3.320,5 por ano. Desse total 99 (0,75%) foram por via laparoscópica. Observou-se que a via convencional apresenta uma média anual regular de 3.295,75 procedimentos e a via laparoscópica aumentou em 284,61% no período. O custo total das cirurgias realizadas, foi de R\$ 792.493,79, sendo 71.586,39 (9,03%) referente às laparoscopias, e R\$ 720.907,40 (90,97%) referentes à via laparotômica. O custo médio das cirurgias laparoscópicas foi R\$ 723,09, 32,2% a mais que o das cirurgias convencionais que tiveram valor médio de R\$ 546,85. A média de permanência hospitalar na cirurgia laparotômica foi 3,2 dias, enquanto que na laparoscopia foi 3 dias. Foram registrados 58 óbitos nas cirurgias convencionais e 1 óbito por via laparoscópica. A cirurgia laparoscópica mostra-se mais segura, sendo uma melhor opção para o paciente quando bem indicada, porém, a rede pública de saúde de Goiás ainda apresenta uma cobertura reduzida nesse tipo de procedimento. Acredita-se que isso ocorra devido ao maior custo que o procedimento tem no Estado. Ainda assim, nota-se crescente aumento da videolaparoscopia, acompanhando evidências científicas de melhores resultados desse método, quando bem indicados. Estudos apontam que a via laparoscópica é a técnica mais indicada à obesos e ao sexo feminino, além de reduzir o número de infecções da ferida operatória. **Conclusões:** No período analisado o maior número de cirurgias foi do tipo laparotômica com 13.183 autorizações de internação hospitalar, gerando um custo de R\$ 720.907,40. Tal procedimento apresenta técnicas consolidadas, porém podem ser inferiores ao procedimento laparoscópico em determinadas ocasiões. O número de laparoscopias ainda é reduzido, porém o quadro clínico e os fatores associados de cada paciente é que indicarão a melhor opção de tratamento.

APENDICECTOMIA POR LAPAROTOMIA E VIDEOLAPAROSCOPIA: UMA ANÁLISE EVOLUTIVA

ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO, EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA, ANA MARINA SILVA LIMA, NATHALIA AIDAR BITTAR, NATHALIA TAVARES DA SILVA, ANA CAROLINA RODRIGUES ALVES, MARTINELY RIBEIRO DE SOUZA, PAULO TADEU SILVA CAMPOS
UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, PUC-GO.

Urgências abdominais não traumáticas

INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo em todas as faixas etárias, podendo ser tratada via videolaparoscopia ou laparotomia. A escolha do método a ser realizado depende de diversos aspectos, como a evolução da doença, a situação clínica do paciente, a disponibilidade de recursos locais e a experiência do cirurgião. **OBJETIVOS:** Analisar a variação da mortalidade e do impacto econômico da apendicectomia por laparotomia e videolaparoscopia nos últimos 20 anos. **MÉTODOS:** Estudo transversal de base populacional, baseado no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) do banco de dados no Ministério da Saúde (DATASUS). Foram analisadas questões referentes às internações por apendicectomia por laparotomia e videolaparoscopia em 1997 e 2017 nas diferentes regiões brasileiras, considerando as variáveis: média de permanência, número de óbitos e valor médio de internação. **RESULTADOS:** A partir dos dados obtidos, vemos que em 1997, ocorreram 61.161 internações por apendicectomia via laparotomia no Brasil, sendo que 173 (0,28%) evoluíram para óbito. O valor médio gasto por internação nesse mesmo ano foi de R\$ 227,18 e a média de permanência foi de 4,5 dias. Vinte anos depois, foram registradas 107.844 internações por apendicectomia aberta, com 254 óbitos (0,23%), sendo o valor médio por internação de R\$ 602,32 e a média de permanência de 3,4 dias. Quanto a apendicectomia videolaparoscópica, em 1997 ocorreram apenas 25 internações para realização do procedimento, sem nenhum registro de óbito. O valor médio por internação foi de R\$ 286,22 e a média de permanência foi de 3,5 dias. Em 2017, ocorreram 5.588 internações para o mesmo procedimento, com apenas 6 óbitos (0,1%). Nesse mesmo ano, o valor médio por internação foi de R\$ 648,93 e a média de permanência foi de 3,1 dias. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, vemos que nos últimos 20 anos houve aumento da realização de ambos os procedimentos, com discreta redução na mortalidade por apendicectomia via laparotomia e grande eficácia da videolaparoscopia, que mesmo com número alto de procedimentos apresentou mortalidade próximo a zero. Em relação ao valor médio por internação, verificamos que houve aumento de cerca de 3 vezes e quanto a média de permanência hospitalar, observamos ligeira queda. Desse modo, fica evidente o aperfeiçoamento das técnicas de ambos os procedimentos no período, que se tornaram mais acessíveis e eficazes, no entanto, mais onerosos para o sistema de saúde público brasileiro.

APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA VERSUS APENDICECTOMIA ABERTA NO BRASIL

SHEILA MARIA RIZZO FIGUEIRA RODRIGUES, RAFAELA VIEIRA FROTA, ALANA LAYLA BUENO PRADO, MARIANA PORTO BRITO, JORDANA CARNEIRO RODRIGUES DA CUNHA, LETÍCIA DIAS FARIA

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA.

Urgências abdominais não traumáticas

Objetivo: Analisar o perfil das apendicectomias realizadas no Brasil entre os anos de 2008 e 2018 e comparar as vias de acesso dessa cirurgia; Método: Estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente às taxas de internações e de óbitos por apendicite, no Brasil, entre janeiro de 2008 e janeiro de 2018. Os dados foram coletados na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), subcategoria: Produção Hospitalar (SIH/SUS), com opção: Dados Consolidados AIH (RD), por local de internação, a partir de 2008, e abrangência geográfica: Brasil por Região e Unidade de Federação. Variáveis consideradas: região, ano processamento, internações e óbitos; Resultados: Entre 2008 e 2018, constatou-se 1.031.209 internações para a realização de apendicectomias no Brasil, sendo 1.001.900 apendicectomias abertas e 29.309 apendicectomias videolaparoscópicas. Nesse mesmo período, houve 2.715 óbitos na realização do procedimento, sendo 2.692 em cirurgia aberta e 23 em videolaparoscopia. Em 2017 houve o maior índice de internações para a realização do procedimento, com 113.755 casos. Já o maior número de óbitos foi em 2012, com 298. No Brasil, a região com maior número de internações e óbitos foi o Sudeste, com 414.507 e 1.183 casos respectivamente; Conclusões: A maioria dos pacientes com apendicite aguda é tratada por remoção cirúrgica imediata do apêndice, tendo altos índices de sucesso. A cirurgia aberta mostrou significativas desvantagens em comparação à videolaparoscopia, como uma maior taxa de internações e de óbitos. A apendicectomia videolaparoscópica é uma técnica segura, eficaz e bem estabelecida que permite a abordagem da apendicite aguda em qualquer faixa etária, seja ela complicada ou não. O tempo operatório não é exageradamente longo, o pós-operatório envolve pouca dor, o tempo de internação hospitalar é curto e há um rápido retorno às atividades habituais. O resultado estético é satisfatório. O índice de morbidade é baixo, bem como as taxas de conversão e de mortalidade. Entretanto, ainda são necessários estudos prospectivos complementares para melhor comparar as duas técnicas. Portanto, a definição da técnica cirúrgica deve ser baseada principalmente na experiência do cirurgião e nas características clínicas de cada paciente.

CORRELAÇÃO ENTRE OS ACHADOS ANATOMOPATOLÓGICOS E A EVOLUÇÃO CLÍNICA DA APENDICITE AGUDA

FERNANDO ANTONIO MARÇAL, PEDRO HENRIQUE JAIME E SILVA, JOSÉ HENRIQUE MEZZETH FILIPPI, ISADORA PROFIRIO DE AQUINO, NATASCHA MOURÃO MOREIRA, EDGARD ALBERNAZ XAVIER

FACULDADE DE MEDICINA DO PLANALTO CENTRAL, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, FACULDADE DE MEDICINA DO PLANALTO CENTRAL.

Urgências abdominais não traumáticas

O objetivo do estudo é correlacionar o tempo de evolução clínica da apendicite aguda com os achados anatomopatológicos, no serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional do Gama – Distrito Federal, no mês de janeiro de 2014 à dezembro de 2014. Selecionou-se retrospectivamente 201 laudos de histopatológico. A relação foi de 1,71:1, homem para cada mulher. A idade média é de 30 anos, com desvio padrão de 13,3 anos. Excluiu-se 71 laudos, por terem apenas apendicite aguda, não esmiuçando características da peça. Dos 130 resultados analisados, haviam 104 apêndices com aspecto necrótico e supurado. No estudo 10,2% dos resultados anatomopatológicos não possuíam evidências de apendicite aguda. 80% dos pacientes submetidos à apendicectomia já encontravam-se com necrose ou supuração e apenas 3% foram operados na fase inicial da doença. Ao analisar o tempo de evolução do início dos sintomas até o procedimento cirúrgico dos pacientes que possuíam anatomopatológico com laudo de necrose/supuração, observava-se que a maioria possuía apenas 24 horas de sintomas. A maioria dos pacientes já possuiu nas primeiras 24 horas apendicite necrótica ou supurada, chegando a 80% dos pacientes operados. 10% das apendicites foram negativas, dentro do percentual aceitável na literatura. 65,5% das descrições cirúrgicas foram compatíveis com o histopatológico. 1- BHANGU, A. et al. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. The Lancet, 26 September 2015. 2- Bon TP, Frascari P, Moura MA, Martins MVDC. Comparativo entre pacientes com diagnóstico de apendicite aguda atendidos em unidades de pronto atendimento e hospital de emergência. Rev. Col. Bras. Cir. 2014; 41(5): 341-4. 3- LIMA, A. P. et al. Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. Revista Colégio Brasileiro de Cirurgia, v. 43, n. 4, p. 248-253, 2016. 4- OTTAIANO, A. C. et al. Estudo Dos Achados A Anatomopatológicos E Parâmetros Clínicos No Diagnóstico Da Apendicite Aguda. UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 10, n. 21, 2013. 5- Rodrigues CFS, Rocha AC, Rodrigues AKB, Barbosa FT, Ramos FWS, Valões CHS. Correlação entre a Escala de Alvarado e o aspecto macroscópico do apêndice em pacientes com apendicite. Rev. Col. Bras. Cir. 2014; 41(5): 336-40. 6- Yilmaz M, Akbulut S, Kutluturk K, Sahin N, Arabaci E, Ara C, Yilmaz S. Unusual histopathological findings in appendectomy specimens from patients with suspected acute appendicitis. WJG. 2013; 19(25): 4015-22.

AValiação DA MORTALIDADE POR APENDICITE E SUAS COMPLICAÇÕES, NO BRASIL, DE 2009 A 2013, SEGUNDO DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)

PATRICIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES, ISABELA BARBOSA DE QUEIROZ, MIRNA GABRIELA BARBOSA DE QUEIROZ, DENIS MASASHI SUGITA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA.

Urgências abdominais não traumáticas

A apendicite é a causa mais comum de abdome agudo não traumático. Apesar de as taxas de mortalidade apresentarem um declínio significativo, as taxas de morbidade ainda se mantêm elevadas. Objetiva-se levantar o índice de mortalidade de apendicite como causa básica de morte no Brasil segundo os dados registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), levantar a prevalência de complicações relacionadas a entidade registradas como causa imediata de óbito no Brasil, no período de 2009 2013 e apontar a mais dominante; e estabelecer os principais fatores de risco relacionados à apendicite. Trata-se de um estudo transversal descritivo de série temporal. A base literária se constituiu de artigos selecionados nos bancos de dados LILACS, MedLine e PubMed a partir de palavras-chave. Através da busca realizada no Sistema de Informação de Mortalidade do DATASUS, foram encontradas 51 tabelas contemplando dados referentes aos índices de óbitos em todo o Brasil, correspondendo aos períodos de 2009, 2010 , 2011, 2012 e 2013 e foram analisados separadamente. As análises realizadas permitiram concluir que a região Centro-Oeste é a líder em mortalidade por apendicites no Brasil, levando em consideração a quantidade de óbitos proporcionalmente a população, apesar de não ser encontrado nenhum fenômeno que explique tal resultado. A região Norte contempla a menor prevalência de óbitos no país, todavia, problemas de subnotificações já comprovados pelas bases literárias podem ter estreita correlação com o achado. A mortalidade prevalece no sexo masculino e nos idosos, precisamente na faixa etária de 60-79 anos de idade, de modo que se harmoniza com o encontrado na literatura.

ENTEROCELE PÓS-HISTERECTOMIA: UM RELATO DE CASO

MARINA DO CARMO RODRIGUES, GUILHERME PEIXOTO NASCIMENTO, ISABEL MACEDO XAVIER, MARIA CLARA TERTULIANO, CONJETO LUIZ DA SILVA NETO, FABIANO ALVES SOUZE, ERIKA DE SOUZA,

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANAPOLIS – UNIEVANGÉLICA.

Urgências abdominais não traumáticas

Introdução: A histerectomia é caracterizada pela exérese uterina, sendo a segunda cirurgia ginecológica mais realizada no mundo. As indicações para ela são divididas em: anatômicas (mioma e endometriose), funcionais (hemorragia uterina disfuncional, dismenorreia secundária), infecciosas (doença inflamatória pélvica crônica e piometria) e emergências (perfuração de útero e ruptura uterina). Ressalta-se o mioma como a principal dessas. Como qualquer cirurgia, complicações pós-operatórias podem ocorrer, tais como: incontinência urinária, dispareunia, evisceração vaginal, infecções, hemorragias, distensão abdominal, constipação, entre outras. No contexto de evisceração vaginal, a enterocelie tem como lugar mais frequente o fórnix posterior da vaginal através do fundo de saco de Douglas. Seus fatores de risco incluem: má técnica cirúrgica, infecção pós-operatória, hematoma, atividade sexual precoce, idade, radioterapia, tratamento com corticosteróides, trauma, vaginoplastia prévia e manobras de Valsalva. A parte intestinal mais comumente encontrada é o íleo terminal. Sendo uma entidade rara, estima-se que a deiscência de cúpula vaginal ocorra entre 0,24 e 0,39% dos casos de histerectomia, com a evisceração correspondendo a 35-67% dessas. Quando diagnosticada, é uma emergência cirúrgica devido ao potencial de lesão intestinal e peritonite. Relato de caso: paciente, 68 anos, sexo feminino. Admitida em unidade de referência em cirurgia geral e ginecologia, regulada de Uruaçu, Goiás, com história de prolapso de alças intestinais espontânea transvaginal há dois dias. Paciente refere que houve prolapso espontâneo enquanto deambulava, nega trauma ou esforço físico. Refere náuseas e parada de eliminação de fezes e flatos, nega vômitos. Nega comorbidades, uso de medicamentos, etilismo ou tabagismo. Relata história de histerectomia via vaginal há 5 anos devido a miomatose uterina. Como conduta, foi realizada laparotomia exploradora, na qual identificou-se presença de segmento de delgado herniado com edema de paredes, mas sem sinais de necrose e com peristaltismo preservado. Optado pela redução da hérnia, lavagem da cavidade e coporrafia. Paciente evoluiu bem, aceitou a dieta e apresentou evacuações no terceiro dia pós-operatório. Recebeu alta no quarto pós-operatório com encaminhamento ao ambulatório de ginecologia. Conclusões: a enterocelie é uma complicação rara, porém, de imprescindível diagnóstico e conduta cirúrgica precoces devido a seu alto potencial lesivo.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA RECORRENTE SECUNDÁRIA A LESÃO DIEULAFOY

ANA CAROLINA FERREIRA RODRIGUES, CAROLINE DOS REIS VALADARES, RONE ANTÔNIO ALVES ABREU

CENTRO UNIVERSITÁRIO ITPAC, CENTRO UNIVERSITÁRIO ITPAC, CENTRO UNIVERSITÁRIO ITPAC

Urgências abdominais não traumáticas

INTRODUÇÃO: A hemorragia digestiva alta (HDA) é uma emergência comum, com expressivas taxas de morbi-mortalidade. Dentre as causas ocultas, a lesão de Dieulafoy (LD) é uma potencialmente fatal. A LD é a ruptura de uma artéria calibrosa anormal do tubo digestivo. Geralmente de caráter maciço, recorrente e sem sintomas prévios. O diagnóstico é fundamentado na endoscopia digestiva alta (EDA), onde se visualiza o sangramento arterial pulsátil com áreas de tecido normal. Métodos terapêuticos incluem ablações térmicas, injeção, mecânicos ou cirúrgico para recidivantes. **RELATO DO CASO:** Paciente de 17 anos, admitido no Hospital Regional de Araguaína com quadro de hematemese volumosa há 5 dias, associada a melena. Nega comorbidades, uso de medicações, etilismo ou tabagismo, história de dispepsia e quadro semelhante anterior. Ao exame admissional se encontrava estável hemodinamicamente, hidratado, hipocorado, eucárdico e eupneico. História de internação prévia em outra unidade hospitalar de onde teve alta há 2 dias e realizou três EDA terapêuticas devido recorrência de sangramento, através da escleroterapia com álcool absoluto, álcool + adrenalina e aplicação de hemoclip respectivamente na 1ª, 2ª e 3ª intervenção. Após estabilização do quadro, foi realizada nova EDA nas das primeiras 12 horas do quadro, a qual evidenciou pequena erosão com vaso pérola central (Forrest IIA) circundada por mucosa normal em fundo gástrico diagnosticada como LD. Paciente recebeu suporte clínico e com boa evolução recebeu alta com orientações no 7º dia de internação. Dois dias depois, retorna com novo quadro de hematemese volumosa, apresentando instabilidade hemodinâmica, em reavaliação foi indicada gastrectomia com ressecção em cunha. Procedimento foi iniciado com EDA no mesmo tempo cirúrgico para delimitação das bordas da lesão e através de incisão mediana supraumbilical fez-se ressecção em cunha da lesão. Evoluiu bem e sem recidiva recebeu alta no 5º dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** Esta lesão deve ser mencionada já que além de rara é sub-diagnosticada. Neste caso observamos que a dificuldade diagnóstica inicial submeteu o paciente a demasiados exames endoscópicos retardando seu manejo terapêutico precoce levando a instabilização do quadro. Dessa forma, incluir a LD como diagnóstico diferencial das HDAs possibilita melhor manejo dos pacientes frente a uma situação de emergência, evitando assim o aumento da morbimortalidade, sobretudo em pacientes jovens sem fatores de risco.

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: UM RELATO DE CASO

RAFAEL COSTA DE LIMA, INGRID ALBUQUERQUE EGITO, CATHARINE DE CÁSSIA LANNA DE FREITAS

HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Urgências abdominais não traumáticas

INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica aguda representa umas das mais devastadoras condições abdominais, principalmente em paciente idosos, representando cerca de 1% dos casos de abdome agudo, com índice de mortalidade que pode chegar a 90%. Entre as causas de oclusão dos vasos mesentéricos podemos citar a fibrilação atrial, doença aterosclerótica, diabetes mellitus, amiloidose e vasculite. Trata-se de uma emergência cirúrgica frequentemente fatal em grande parte pelo retardo no seu diagnóstico, que ainda é eminentemente clínico apesar do enorme avanço dos métodos diagnósticos. **RELATO DE CASO:** Homem, 59 anos, cardiopata, hipertenso, com histórico familiar de trombofilia, admitido no Pronto-Socorro, queixando-se de dor abdominal difusa há 7 dias associada a náuseas e hiporexia. Referia também parada de eliminação de flatos há quatro dias. Ao exame físico, o abdome encontrava-se distendido, doloroso à palpação com ausência de ruídos hidroaéreos. Sem melhora com medidas clínicas, foi submetido à laparotomia exploratória, sendo observado segmento de delgado com sinais de isquemia. Foi realizada enterectomia desse segmento com anastomose primária. Durante a internação, o paciente evoluiu com distensão abdominal e deiscência de aponeurose, necessitando de nova reabordagem cirúrgica com confecção de ileostomia. No pós-operatório da reabordagem, evoluiu com febre, dispnéia e desorientação necessitando de internação em unidade de terapia intensiva (UTI). Retornando à enfermaria após alta médica da UTI necessitou de medidas dietéticas e correção de distúrbios hidroeletrólíticos devido síndrome do intestino curto. Recebeu alta com melhora clínica. Atualmente, encontra-se em acompanhamento ambulatorial, aguardando reconstrução de trânsito intestinal. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico e terapêutica precoce no abdome agudo vascular é essencial, sendo evidenciado grande número de óbitos devido atraso nesse diagnóstico. A anamnese e o exame físico devem ser cuidadosos, lançando mão de exames complementares se necessário. A síndrome do intestino curto surge como um importante distúrbio após enterectomia e confecção de ileostomia, como no caso em questão, necessitando de reabordagem para reconstrução do trânsito intestinal o mais breve possível, evitando complicações para o paciente.

ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA

RAYANE CARNEIRO DE AMORIM, ISADORA COELHO MATOS, LARISSA AMORIM SILVA, CELSO ANTUNES BORGES FILHO, HENRIQUE AUGUSTO NASCIMENTO, LANNA TARCE GONÇALVES DE MORAIS, VICTÓRIA REIS SILVA, JOSUE RIBEIRO MONTALVAO UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA

Urgências abdominais não traumáticas

Objetivo: descrever sobre fisiopatologia abdome agudo isquêmico e a importância de um diagnóstico precoce.

Metodologia: Esta revisão bibliográfica possui artigos pesquisados na base de dados SciELO e busca ativa em literatura datadas com menos de 5 anos. A amostra do estudo é a população de indivíduos com abdome agudo isquêmico.

Resultados: A isquemia mesentérica aguda consiste na interrupção do fluxo sanguíneo intestinal secundária a embolia, trombose ou estado de baixo fluxo. É uma alteração que acomete de forma predominante os pacientes idosos. A embolia arterial mesentérica ocorre em 30% dos casos graves. Os êmbolos se formam mais comumente na parede do ventrículo esquerdo infartado, ou são consequências de coágulos que se formam no átrio em um paciente com fibrilação atrial crônica ou estenose mitral. O dano tecidual começa por voltas de três horas após a oclusão e inicia-se pela isquemia das vilosidades, que ulceram e sangram. Ocorre proliferação bacteriana e a infecção contribui para a trombose de outros vasos. A toxemia resultante contribui para alterações sistêmicas, como a translocação bacteriana. O quadro clínico demonstra dor severa, sem localização definida e que geralmente não responde a analgésicos potentes. Nessa fase, os achados físicos são desproporcionais à intensidade da dor, o que é característico da dor isquêmica. Náuseas, vômitos, diarreia e constipação são eventos de ocorrência variável. Choque e peritonite generalizada são achados tardios, já em fase irreversível. O conteúdo de aspirado gástrico sanguinolento ou sangue nas fezes aparecem em 75% a 90% dos pacientes em fases mais tardias.

Conclusão: Pacientes admitidos por dor abdominal intensa, principalmente idosos, sem alterações ao exame físico abdominal, portadores de uma condição de risco, devem ser estudados, com objetivo de estabelecer o diagnóstico o mais rapidamente possível, pois a maioria dos óbitos no abdome isquêmico ocorre como consequência da demora no diagnóstico.

ISQUEMIA MESENTÉRICA COM GRANDE QUANTIDADE DE GÁS EM VEIA PORTA - RELATO DE CASO

GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA, LARISSA MACHADO E SILVA GOMIDE, BRUNO LUIS OLIVEIRA CORREA, MARIO HENRIQUE BITAR SIQUEIRA, DEBORA SARA DE ALMEIDA CARDOSO, ANDREA AMALIA CAMPOS PIMENTEL

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, HOSPITAL UNIVERISTÁRIO DE BRASILIA.

Urgências abdominais não traumáticas

Objetivo: Relatar o caso de paciente com quadro de isquemia mesentérica associada a grande quantidade de gás em veia porta. **Métodos:** Análise retrospectiva do prontuário do paciente. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 58 anos de idade, portador de miocardiopatia isquêmica e coronariopatia, evoluindo com infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de segmento ST tratado com angioplastia e colocação de stent. 22 dias após a angioplastia, paciente evoluiu com intensa dor abdominal difusa, sem outros sintomas associados. Foi submetido a tomografia computadorizada 6 horas após o início dos sintomas, que demonstrou acentuada distensão líquido-gasosa do intestino delgado e dos segmentos ascendente, transversos e descendente do intestino grosso, com pneumatose intestinal extensa. Gás intraluminal nas veias mesentéricas e esplênicas e preenchendo amplamente todo o sistema porta. Presença de gás intraluminal também em artéria mesentérica superior ventrículos cardíacos e tronco pulmonar. O paciente foi então levado para laparotomia de emergência, porém apresentou parada cardiorrespiratória no centro cirúrgico imediatamente antes do procedimento. **Conclusões:** a isquemia arterial mesentérica é uma causa de abdome agudo vascular que geralmente apresenta rápida evolução e prognóstico ruim, particularmente quando a trombose acomete o tronco da artéria mesentérica superior como no caso demonstrado. A presença de gás no sistema portoesplenomesentérico é um achado associado à trombose mesentérica, no caso descrito a presença de gás se estendia pela veia porta aos ventrículos do coração e ao tronco pulmonar.

O objetivo é avaliar a neoplasia mucinosa de apêndice, que é um achado incomum nas apendicectomias. Tal neoplasia se forma a partir das células produtoras de mucina presentes no apêndice. O termo mucocoele é um conceito macroscópico que se refere a dilatação intraluminal, com ou sem obstrução, através do acúmulo de mucina. As células alteradas passam a secretar substância mucóide que se acumula no tecido e leva ao aumento progressivo do apêndice. Método: foi utilizado como material de estudo a revisão do prontuário eletrônico, resultado de exames de imagens, resultado da biópsia e revisão de artigos. Podem ser classificadas como: Tipo I (mucocoele simples ou cisto de retenção), II (Hiperplasia mucosa focal ou difusa sem atipia celular), III (Cistadenoma mucinoso) e IV (Cistadenocarcinoma mucinoso). Outra classificação subdivide as mucocoeles em adenoma mucinoso, neoplasia mucinosa de baixo grau de malignidade e adenocarcinoma mucinoso. Há maior incidência no sexo feminino e uma idade média em torno de 55 anos. O tipo mais comum é o cistadenoma mucinoso, corresponde a 63 - 84% dos casos, que está associado a neoplasias de ovário, mama, fígado, neoplasias síncronas ou metácrônicas no cólon e processos não neoplásicos. Os sinais e sintomas podem ser dor leve aguda ou crônica em fossa ilíaca direita, presença de massa palpável, alterações no ritmo intestinal e outros. Pode ocorrer perfuração, peritonite, hemorragia e pseudomixoma peritoneal. No relato trata-se de um paciente masculino, 55 anos, com queixas de dor abdominal há 15 dias em fossa ilíaca direita com aumento progressivo da dor associado a hiporexia e tomografia sugestiva de apendicite. No intraoperatório foi observado sinais sugestivos de mucocoele de apêndice vermiforme e mucina. A biópsia evidenciou neoplasia mucinosa de baixo grau. O tratamento do adenoma mucinoso está indicado a apendicectomia com margens livres; podendo associar com hemicolectomia. No caso de apresentação concomitante de pseudomixoma peritoneal, a cirurgia citorrredutora e quimioterapia intraperitoneal está indicada. Possui taxa de sobrevida em 5 anos de 100% nos casos de apresentação benigna e 45% na apresentação maligna. O estudo tem como objetivo mostrar um caso incomum e sua relevância. Resultado e conclusão: é necessário um bom diagnóstico clínico e um resgate da biópsia para melhor acompanhamento do paciente. Bibliografia: Apendicite aguda como primeira manifestação de tumor do apêndice/REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA JAN/ABR 2015

OBSTRUÇÃO INTESTINAL COMO COMPLICAÇÃO DA APENDICITE AGUDA: UM RELATO DE CASO

JOSUÉ RIBEIRO MONTALVÃO, DANIEL DOURADO BOAVENTURA, MATHEUS BERNADES SOUZA, CONJETO LUIZ DA SILVA NETO, FERNANDO FERREIRA RIOS, NORRARA AMANDA TELES MARTINS, ROBSON DE BRITO OLIVEIRA, FABIANO ALVES SQUEFF
UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA
Urgências abdominais não traumáticas

INTRODUÇÃO: A apendicite aguda é a causa mais comum de cirurgia abdominal de urgência e constitui maioria nos casos atendidos de abdômen agudo, resultando em grande mortalidade e morbidade. Tem grande prevalência na população de adultos jovens sendo a faixa etária mais acometida entre 19-44 anos, sobretudo no sexo masculino e com menor incidência em idosos. O tratamento adequado é a apendicectomia seja por técnica aberta ou por laparoscopia. As principais complicações são a perfuração e a peritonite ou abscesso intra-abdominal, geralmente complicações decorrentes do não tratamento adequado. Visto as principais complicações, o presente trabalho teve o objetivo de relatar o caso de uma complicação não habitual em um quadro de apendicite. **RELATO DE CASO:** Paciente sexo feminino, 36 anos, admitida no Pronto Socorro com quadro de dor abdominal inicialmente em epigástrico e com irradiação para fossa ilíaca direita de início dois dias. Paciente evoluiu com parada de eliminação de gases e de fezes, distensão abdominal, náuseas e vômitos e queda do estado geral. Ao exame da admissão apresentava-se desidratada, abdômen distendido, doloroso difusamente a palpação, sem sinais de irritação peritonal e com ruídos hidroaéreos aumentados em fossa ilíaca direita. Ao toque retal, ampola vazia. Realizou rotina radiológica de abdômen agudo que evidenciou alças intestinais com nível hidroaéreo, empilhamento de moedas e ausência de gás no reto. Diante do quadro foi indicado laparotomia exploradora que evidenciou apendicite aguda com estrangulamento de alça intestinal, desencadeando quadro de obstrução intestinal. Desfeito a obstrução e realizado a apendicectomia com evolução satisfatória no pós-operatório. **CONCLUSÃO:** A Apendicite aguda é uma das principais causas de abdômen agudo na emergência e o retardo no diagnóstico pode levar a complicações e a uma maior morbimortalidade. Apresentação clínica não clássica é um dos fatores de dificuldade para o diagnóstico, porém deve-se dar importância a fatores que determinam um abdômen agudo cirúrgico, independente da etiologia.

RUPTURA ESPONTÂNEA DE BAÇO POR PLASMODIUM FALCIPARUM: RELATO DE CASO

INGRID ALBUQUERQUE EGITO, RAFAEL COSTA DE LIMA

ESCS, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA.

Urgências abdominais não traumáticas

INTRODUÇÃO: A Malária é uma protozoonose causada pelo Plasmodium spp, parasita típico de regiões tropicais. Uma manifestação rara dessa doença é a ruptura do baço. Essa entidade requer alta suspeição clínica, sendo frequentemente subdiagnosticada. O quadro clínico envolve dor abdominal em hipocôndrio esquerdo, irradiada para ombro esquerdo, hipotensão, diminuição dos níveis hematimétricos e peritonite. Embora incomum, a ruptura esplênica deve ser considerada no diagnóstico diferencial de abdome agudo em pacientes com malária. **RELATO DE CASO:** Homem, 37 anos, procedente da Guiné Equatorial, foi encaminhado à UTI desta instituição com diagnóstico de Malária Grave por Plasmodium Falciparum. Após 2 dias de internação, evoluiu com dor em hipocôndrio e flanco esquerdos, irradiada para ombro ipsilateral. O exame físico revelou abdome levemente distendido, doloroso à palpação, espaço de Traube ocupado e fígado e baço palpáveis a 3 cm dos rebordos costais direito e esquerdo, respectivamente. Os exames laboratoriais mostravam piora dos níveis de hemoglobina, hematócrito e plaquetas, sem sangramento ativo exteriorizado. Foi submetido a transfusão de concentrado de hemácias e plaquetas. Realizou-se ecografia de abdome, que mostrou hepatoesplenomegalia e coleção líquida subcapsular esplênica. Por conseguinte, solicitou-se avaliação da Clínica Cirúrgica, que, para melhor orientação de conduta, sugeriu a realização de Tomografia de Abdome com Contraste. O exame mostrou sinais sugestivos de ruptura esplênica com hematoma subcapsular. Foi indicada esplenectomia na qual foi identificado volumoso baço, estendendo-se de hipocôndrio esquerdo até espinha ilíaca anterosuperior esquerda, e hematoma subcapsular. O procedimento foi realizado sem intercorrências. Paciente foi encaminhado à enfermaria de Cirurgia Geral, evoluindo bem no pós-operatório, assintomático e com melhora dos parâmetros laboratoriais, recebendo alta no 6º dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** A ruptura esplênica secundária a Malária representa uma complicação de difícil diagnóstico o que inicialmente pode retardar o tratamento adequado. O diagnóstico envolve a correlação de dados clínicos e epidemiológicos com a Ultrassonografia e/ou Tomografia de Abdome com Contraste, sendo este o exame padrão-ouro. A abordagem terapêutica varia conforme o estado clínico do paciente. Independente da etiologia, a esplenectomia assume relevância nos casos de peritonite e/ou instabilidade hemodinâmica refratária a reposição volêmica.

VOLVO GÁSTRICO CRÔNICO AGUDIZADO HERNIADO: RELATO DE CASO.

CAROLINA PEREIRA VIEIRA, EDWARD ESTEVES, MARCELA CASSOL, NATHALIA JACOME OBEID, JOSÉ ROBERTO LEONEL FERREIRA, ISADORA CRUVINEL SANTOS GARCIA NEVES, RICARDO MONTE SERRATE SILVA,

FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, FACULDADE ALFREDO NASSER, UNIVERSIDADE DO OESTE DO PARANÁ-UNIOESTE, FACULDADE MORGANA POTRICH-FAMP, FACULDADE ALFREDO NASSER.

Urgências abdominais não traumáticas

Introdução: O volvo gástrico (VG) é uma rotação do estômago superior a 180º, que pode acarretar oclusão do cardia ou da luz do estômago, geralmente recorrente. Usualmente ele se torce dentro do abdome superior. Pode ocorrer em qualquer idade, mais incidente após os 50 anos, por várias causas, às vezes associado a hérnia hiatal. O diagnóstico padrão ouro é feito pela fluoroscopia contrastada, por tomografia computadorizada (TC), em investigação de epigastralgias ou refluxo, ou por endoscopia em crise aguda, devendo ser urgente para evitar graves complicações, como choque hipovolêmico, necrose e perfuração. **RELATO DE CASO:** Mulher, 45 anos com história de epigastralgia intensa crônica e episódios de agudização por ânsias sem conseguir vomitar há um dia. O exame físico mostrou epigástrico doloroso à palpação, sem defesa. Exames laboratoriais normais. Radiografia simples do abdome demonstrou imagem gástrica gasosa esférica, sugerindo um volvo gástrico. Na endoscopia digestiva alta não houve passagem do endoscópio pelo cardia. A radiografia contrastada evidenciou hérnia hiatal com volvo gástrico intratorácico, já acima de onde estava na radiografia previa. Não se conseguiu decompressão com sonda nasogástrica, e foi então submetida à cirurgia: constatou-se volvo tipo organoaxial (vertical) em saco herniário trans-hiatal, tratados por gastropexia anterior, hiatoplastia e funduplicatura à Nissen sem intercorrências. **Conclusão:** O volvo gástrico herniado é uma patologia muito rara, pode ser associada a uma hérnia hiatal (não se sabendo se por causa ou efeito), levar a uma emergência cirúrgica grave; deve ser suspeitada pelas ânsias intensas sem vômitos, dificuldade de sondagem e exames de imagem urgentes. A cirurgia emergencial é relevante pelo alto risco de necrose e mortalidade.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE VASECTOMIA NO ESTADO DE GOIÁS ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2017

PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA ALCANTARA PANIAGO, ALEXIS MELGAREJO MAINARDI, MATHEUS BORGES GUIMARÃES, HUMBERTO DE SOUSA PIRES FILHO, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, GUSTAVO MENDES ADRIANO, ERNANE ARANTES XAVIER, THIAGO MELANIAS ARAUJO DE OLIVEIRA

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA

Urologia

Objetivos: Descrever e analisar os procedimentos de vasectomia no Estado de Goiás entre os anos de 2013 e 2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente aos procedimentos caracterizados como vasectomia, com paciente de todas as faixas etárias, no Estado de Goiás, entre os anos de 2013 e 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) dos respectivos anos. A seleção da amostra foi realizada a partir da plataforma Informações de Saúde (TABNET), foram selecionados indicadores epidemiológicos e regime, com a opção: Geral, por local de internação – a partir de 2008. **Resultados:** Entre 2013 e 2017 foram contabilizados 3.635 procedimentos realizados no Estado de Goiás. Dos dados analisados, 362 procedimentos foram realizados no ano de 2013. Nos anos seguintes foram observados um aumento, sendo no ano de 2017 uma quantidade de 917 vasectomias realizadas, resultando em um aumento de aproximadamente 253% em relação ao ano de 2013. Com relação ao regime do procedimento, entre 2013 e 2015, tivemos uma quantidade de 311, 474 e 611 no serviço público respectivamente aos anos coletados, enquanto no serviço privado foram 51, 82 e 68 respectivamente. Já nos anos 2016 e 2017 foram ignorados os regimes. **Conclusão:** O estudou demonstrou um aumento no número de procedimentos no período analisado no Estado de Goiás, ou seja, em um período de 5 anos o número de vasectomias quase triplicou. Visto isso, percebe-se que o público masculino está apresentando uma maior adesão ao procedimento, abandonando aos poucos o preconceito referente a esse procedimento. Em relação ao regime do procedimento, percebe-se uma alta demanda no regime público, possivelmente relacionado com a Política Nacional de Planejamento Familiar, o que reitera a importância do planejamento familiar ser divulgado nas Unidades Básicas de Saúde.

CASOS DE PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA NA REGIÃO CENTRO-OESTE ENTRE OS ANOS DE 2008 E 2017

PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA ALCANTARA PANIAGO, ALEXIS MELGAREJO MAINARDI, GUSTAVO MENDES ADRIANO, HUMBERTO DE SOUSA PIRES FILHO, MATHEUS BORGES GUIMARÃES, ERNANE ARANTES XAVIER, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, WILTON ADRIANO DA SILVA NETO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE- CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA.

Urologia

Objetivos: Descrever e analisar os procedimentos de prostatectomia em oncologia na região Centro-Oeste entre os anos de 2008 e 2017. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente aos procedimentos caracterizados como prostatectomia em oncologia, com paciente de todas as faixas etárias, na região Centro-oeste, entre os anos de 2008 e 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) dos respectivos anos. A seleção da amostra foi realizada a partir da plataforma Informações de Saúde (TABNET), foram selecionados indicadores epidemiológicos, com a opção: Geral, por local de internação – a partir de 2008. **Resultados:** Entre 2008 e 2017 foram contabilizados 2.563 procedimentos realizados na região Centro-Oeste. No ano de 2008 foi realizado 126 prostatectomia devido oncologia na região Centro-Oeste, sendo o Distrito Federal responsável por 65,87% (n=83) dos casos, enquanto Goiás e Mato Grosso ambos com 11,90% (n=15) dos procedimentos, e Mato Grosso do Sul com 10,33% (n=13) dos casos. Já no ano de 2017, foram realizados 413 procedimentos, tendo Goiás com a maior porcentagem do Centro-Oeste, com 55,94% (n=231). Em seguida, em ordem do maior número de procedimentos, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, responsáveis por 23,24%(n=96), 13,56% (n=56) e 7,26% (n=30), respectivamente. **Conclusão:** O estudou demonstrou um aumento no número de procedimentos no período analisado, em especial no estado de Goiás, em que houve um aumento de 1540% do número de procedimentos realizados em um ano. Deve-se analisar em relação a esse aumento as melhorias no diagnóstico do câncer de próstata e a adesão dos homens principalmente ao toque retal. Em contrapartida, no Distrito Federal, houve uma pequena redução das prostatectomia em oncologia, o que necessita de investigação para reconhecer a eficiência dos diagnósticos realizados na região, da mesma forma as medidas de prevenção realizadas tanto onde se diminui os índices de procedimento quanto onde há o aumento de casos.

EPIDEMIOLOGIA DA NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA E PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA DE 2008 A 2018 NO ESTADO DE GOIÁS

CAROLINA RODRIGUES ADORNO, AMANDA SILVEIRA NEVES, GABRIELA BAZZAN GORSKI, KAMILA SANTOS NASCIMENTO, MARIELLE LAMAR MARTINS BARROS BATISTA, MATEUS LUIZ PEREIRA DE SOUZA, NUBIA GUEDES DA PAIXÃO, MARIELLA ZANCHETT

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Urologia

Objetivo: Definir o número de internações e óbitos por internação, além do número de internações por prostatectomia nos homens goianos com neoplasia maligna da próstata entre 2008 e 2018. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente às taxas de internação, bem como internações por prostatectomia e os óbitos, por neoplasia maligna da próstata em homens, no Estado de Goiás, entre janeiro de 2008 e fevereiro de 2018. Os dados foram coletados na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), subcategoria dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e selecionados indicadores epidemiológicos e morbidade hospitalar, com opção: Geral, por local de internação a partir de 2008, além de procedimentos hospitalares por local de internação. **Variáveis consideradas:** sexo, faixa etária, internações, internações por prostatectomia e óbitos. **Resultados:** A partir do período analisado, constatou-se 5.376 internações por neoplasia maligna da próstata. Desse total, a maior incidência esteve entre homens de 60 a 69 anos, que representa 36,9% (1.989 casos), dessa maneira, considera-se um câncer da terceira idade, fundamentado pelo aumento da expectativa de vida. O número de internações mostrou aumento progressivo, isso pode ser demonstrado comparando o ano de 2008 (325 internações) com o ano de 2017 (655 internações). Isso aconteceu também com o número de internações devido a prostatectomia (1.048), já que no ano de 2008 houve 14 internações comparado ao ano de 2017 com 231 internações pelo procedimento. Quanto ao número de óbitos, foram registrados 422 no período, havendo oscilações entre os anos observados, mas com pico em 2017 com 57 falecimentos. **Conclusões:** Com base nos dados analisados observou-se aumento no número de internações, tanto pela própria doença quanto pela prostatectomia, e não houve diminuição no número de óbitos por neoplasia maligna em Goiás. Isso pode ser parcialmente justificado pela dificuldade dos homens em acessar a atenção primária, seja por desconhecimento, preconceito ou falta de recursos médico local, prejudicando a realização do rastreamento da neoplasia da próstata e, consequentemente, impossibilitando a detecção de tumores em fase inicial, com consequente prejuízo no diagnóstico e tratamento precoce. Acredita-se que uma das formas de se prevenir óbitos e diminuir as taxas de internações, é o rastreamento e a detecção precoce da doença.

LITÍASE VESICAL GIGANTE EM PACIENTE COM FÍSTULA VESICO-VAGINAL ORIGINADA POR ISQUEMIA DA PAREDE VESICAL EM TRABALHO DE PARTO PROLONGADO

ELTON GUSTAVO BORALLI RIBEIRO, ANDERSON ALAN CAMBRAIA CARDOSO, ALBERTO DE SOUZA PAES, THIAGO AFONSO CELESTINO TEIXEIRA, MATEUS COELHO GUERREIRO, LORRAYNE LACERDA LOBATO, LILIANE NARELI SOUZA DA SILVA, NAIARA LORRANI SILVA DE LIMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

Urologia

INTRODUÇÃO: Cálculos vesicais são a manifestação mais comum da litíase do trato urinário inferior, responsáveis por 5% das doenças litíáticas nas vias urinárias, e quase 1,5% das internações hospitalares urológicas. Contudo, pedras vesicais gigantes – pesando mais de 100g – são cada vez mais raras, sendo associadas a obstruções urinárias em pacientes do sexo masculino. Cálculos gigantes são mais vistos em regiões menos desenvolvidas devido a maior prevalência de infecções crônicas do trato urinário. **RELATO:** J.S.A., mulher, 65 anos, G5P5A0, desenvolveu gestação pós termo aos 24 anos de idade, e, sem unidade de saúde disponível na região onde morava, não teve parto auxiliado por profissional médico, o que levou a óbito fetal no canal de parto. Devido a compressão prolongada do polo cefálico na bexiga contra o púbis – e possível isquemia da parede vesical, a paciente evoluiu com incontinência urinária por fístula vesico-vaginal baixa. Inicialmente com leve ardência no canal vaginal, acompanhado de escape urinário pelo mesmo lugar, e posterior disúria associada a dor em baixo ventre, bem como episódios de dispareunia. Por aproximadamente 34 anos a paciente conviveu com os sintomas, apresentando Infecção do Trato Urinário (ITU) de repetição, até procurar o serviço público de referência em Urologia no Estado do Amapá. Aos 58 anos realizou procedimento cirúrgico para correção de fístula vesical complexa. Após o procedimento – apesar de menos intensas – as queixas e infecções de repetição permaneceram, indicando recidiva. Até que no ano de 2017 apresentou dor em baixo ventre com características novas, incompatíveis com o quadro anterior, e hematúria volumosa. A paciente foi inicialmente investigada com exame ultrassonográfico, que se provou inconclusivo, porém não retornou ao ambulatório com exame tomográfico, conforme solicitado. Em 2018 retornou com tomografia evidenciando formação cálcica com densidade de 1171 UH, medindo nos maiores eixos do plano sagital 10.5 x 4.7cm. Em 2018 foi submetida a cistolitotomia com litotripsia intraoperatória, e retirado cálculo com mais de 270g em seus maiores fragmentos, o maior medindo 8,5cm. A paciente evoluiu bem e sem queixas no pós-operatório. **CONCLUSÃO:** Apesar de incomum no sexo feminino, cálculos vesicais gigantes costumam se beneficiar de ambientes contaminados e com fluxo urinário alterado, condições que em uma primeira análise foram estabelecidas pelas repetidas infecções de trato urinário após recidiva da fístula.

MANEJO TERAPÊUTICO DA OBSTRUÇÃO URETEROPÉLVICA: UM RELATO DE CASO

RAFAEL COSTA DE LIMA, INGRID ALBUQUERQUE EGITO

HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA.

Urologia

INTRODUÇÃO: A obstrução da junção ureteropélvica é definida como um processo de restrição ao fluxo urinário da pelve renal para o ureter e, conforme o grau de obstrução, pode evoluir com perda progressiva da função renal. Essa obstrução pode ser parcial ou completa, afetar um lado ou ambos e se desenvolver rapidamente (de forma aguda) ou lentamente (de forma crônica). Trata-se de uma complicação possível na vigência de litíase renal assim como a infecção urinária, ruptura renal, lesões ou avulsões ureterais. A calculose urinária é causa mais comum de obstrução ureteropélvica em adultos, tendo elevado impacto social e econômico já que acomete 5% a 15% dos indivíduos em algum momento da vida, sendo a ureterolitíase responsável por até cerca de 56% dos casos de cólica renal. **RELATO DE CASO:** Paciente, 51 anos, hipertenso, em tratamento irregular para Doença de Chagas, queixando-se de hematúria há mais de 20 anos, associado a distensão abdominal e dores lombares esporádicas. Foi realizada ecografia de rins e vias urinárias que evidenciou acentuado aumento volumétrico e contornos lobulados dos rins, importante dilatação do sistema pielocalicial e nefrolitíase à direita. A cintilografia renal dinâmica mostrou rim direito com déficit acentuado da função glomerular e esquerdo com função glomerular excluída. Não foi possível realizar ureteroscopia devido à intensa tortuosidade dos ureteres, não conseguindo progressão do fio guia e ureteroscopia até o ponto de obstrução devido à presença de cálculo bilateral. Realizou-se nefrectomia esquerda com pieloplastia à direita. Paciente evoluiu com bom estado geral, diurese em bom volume, porém, mantendo elevação de escórias nitrogenadas com previsão de realizar diálise. **CONCLUSÃO:** Estenose de junção ureteropélvica é a causa mais frequente de obstrução do trato urinário superior, mas as indicações cirúrgicas permanecem controversas, sobretudo para paciente assintomático com rim contralateral normal. O tratamento pode ser feito por meio de cirurgia (Pieloplastia) ou acompanhamento clínico periódico. Antes de definir qual conduta será mais apropriada, é preciso avaliar fatores como: grau de dilatação e obstrução renal e função do rim afetado. O tratamento clínico é realizado por observação permanente e realização periódica dos exames de ecografia e cintilografia comparando-os com os exames anteriores.

PERSISTÊNCIA DE CANAL DE ÚRACO: RELATO DE CASO

MAYRA AZEVEDO DOS SANTOS, JESSIKA FREITAS DE SOUSA, PEDRO ERNESTO ALVES MANGUEIRA JÚNIOR

CENTRO UNIVERSITÁRIO INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS,

CENTRO UNIVERSITÁRIO INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS,

CENTRO UNIVERSITÁRIO INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS

Urologia

O úraco, localizado entre o peritônio e fáscia transversalis, é uma estrutura tubular na linha média que se estende a partir da porção anterossuperior da bexiga até o umbigo. É um remanescente vestigial de, pelo menos, duas estruturas embrionárias: a cloaca, que é a extensão cefálica do seio urogenital, e o alantóide, o qual é um derivado do saco vitelino. Quando o processo de obliteração não ocorre surge uma das quatro seguintes situações: 1- úraco patente (persistência completa), em 15% dos casos; 2- cisto do úraco (vestigio de alantóide), em 36%; 3- seio externo do úraco (dilatação da extremidade superior), em 49%; 4- divertículo do úraco (seio interno cego), em 3-5%. As doenças dos remanescentes do úraco são incomuns e costumam se manifestar com sinais inespecíficos abdominais ou sintomas urinários. Paciente masculino, 34 anos, proveniente de Colinas – TO, deu entrada no Hospital Regional de Araguaína, relatando pequeno orifício em região periumbilical com drenagem espontânea de secreção translúcida, em pequena monta, indolor e sem odor característico, há cerca de um ano de evolução. Relata ainda, o aparecimento intermitente de sinais flogísticos e saída de secreção purulenta do orifício. Nega sintomas urinários e demais sintomas abdominais. Relatou história de laparotomia exploradora há 9 meses na cidade de origem para abordagem do mesmo quadro. Ao exame abdominal, abdome globoso, flácido, cicatriz mediana infra-umbilical, presença de orifício em região infra-umbilical com tecido proximal eritematoso e secreção clara, não característica, dor leve à palpação profunda em hipogástrio, timpânico à percussão, ruídos hidroaéreos presentes. USG pélvica evidenciou coleção periumbilical e USG de partes moles, coleção com líquido de aspecto espesso. Após 15 dias da sua admissão, o paciente foi submetido à laparotomia exploradora aonde foi identificado remanescente embrionário comunicando o umbigo com a bexiga, o canal de úraco, e realizada sua exérese. O paciente apresentou boa evolução, sem queixas e/ou intercorrências, recebendo alta no 2º DPO. A complicação mais comum da permanência do canal de úraco é a infecção que em 80% dos casos tem o *Staphylococcus aureus* como agente etiológico. Pode ocorrer dor abdominal periumbilical e infraumbilical, febre, náuseas, vômitos, leucocitose e infecção do trato urinário. Alguns pacientes podem apresentar hiperemia periumbilical, ou ainda, drenagem de secreção pela cicatriz umbilical, caracterizando a fístula umbilical.

MESOTELIOMA MALIGNO DE TÚNICA VAGINAL TESTICULAR

PATRICIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES, ISABELA BARBOSA MENDONÇA, MÁRCIO LUIS MENDONÇA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS UNIEVANGELICA, CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UNIEVANGÉLICA, HOSPITAL BOM JESUS CERES -GO

Urologia

INTRODUÇÃO: O mesotelioma de túnica vaginal trata - se de um tumor raro. Ocorre em homens em idade superior a 50 anos, porém há relatos em indivíduos jovens e até em crianças. A apresentação clínica é característica com quadro de hidrocele acompanhada ou não de massa inguino-escrotal. A exposição ao asbesto tem sido especificamente relatada em alguns trabalhos. **RELATO DE CASO:** Paciente 47 anos, masculino, relata quadro de aumento insidioso de volume da bolsa escrotal à esquerda, com evolução de aproximadamente seis meses. Cita presença de dor incomum, “em peso”, sem sintomas gerais de processo infeccioso. Relata contato prévio com material constituído por asbesto. Ao exame: Aumento de volume de bolsa escrotal à esquerda sem sinais flogísticos. À palpação nota - se massa tumoral endurecida, volumosa à esquerda, com impossibilidade de diferenciação entre componentes do testículo e de seus envoltórios. Teste de Trans-iluminação positivo; dosagem de Beta HCG e Alfa Fetoproteína com resultados normais. Realizada ultra-sonografia, que demonstra presença de hidrocele, lesões vegetantes e pediculadas em bolsa escrotal. Epidídimo espessado e hipoecogênico. Veias de plexo pampiniforme à esquerda, dilatadas. Doppler mostra aumento da vascularização do epidídimo e de superfície testicular. O Paciente foi submetido a exploração cirúrgica de bolsa escrotal, com achado de tumoração cística, de cápsula lisa, endurecida, com aumento da vascularização do plexo pampiniforme, realizado orquiectomia total esquerda. O estudo anátomo-patológico demonstra tumoração cística, cápsula lisa e brilhante, medindo 13,0 x 11,0 x 3,0cm. Superfície interna irregular, brancacenta, com vegetações em direção à luz. Na superfície da lesão encontram-se áreas irregulares de tecido. O exame microscópico consiste em lesões císticas de paredes densamente fibróticas, difusamente infiltradas com aspecto de “vidro fosco”. Ao estudo imunohistoquímico reatividade a Citoceratina A1/A3, Vimentina e Calretinina e negatividade para CD30, Desmina D33 e Alfa feto proteína. Corroborando o diagnóstico de mesotelioma maligno de túnica vaginal. **CONCLUSÃO:** A determinação diagnóstica pré-operatória tem sido realizada em pequena porcentagem dos casos. 97% dos casos de mesotelioma maligno de túnica vaginal são diagnosticados no per-operatório. O tratamento tem sido cirúrgico com ou sem radioterapia adjuvante. A abordagem utilizada na maioria dos casos é a orquiectomia radical.

PROLAPSO DE PÓLIPO VESICAL PELA URETRA: UM RELATO DE CASO

JÚLIA SADDI DE ALMEIDA, CAMILA TEMPORIM DE ALENCAR, JAE DE OLIVEIRA SILVA, JORDANA NOGUEIRA GOMES, WLADMIR FERNANDES BEZERRA, RAYSSA DOS SANTOS SIQUEIRA

HRT, HRT, HRT, HRT, HRT, ESCS

Urologia

Pólipos vesicais, são achados raros e pouco descritos na literatura. Foram descritos cerca de 200 casos na literatura médica. São mais comuns em mulheres na quarta década de vida e normalmente não evoluem com sintomas. As apresentações clínicas mais comuns são: massa anterior vaginal palpável, infecções urinárias de repetição, hematúria ou sintomas irritativos urinários, como: aumento da frequência urinária, urgência ou incontinência. Apresentaremos um caso de uma paciente de 42 anos, com queixa de nodulação em vulva e dificuldade para urinar. Como sintomatologia, negava disúria, noctúria ou jato urinário reduzido. Referia sensação de esvaziamento vesical incompleto. Ao exame físico foi identificada uma massa vulvar cujo pedículo se originava de óstio uretral externo, de cerca de 3cm, com mucosa hiperemiada e friável. A paciente foi submetida a cirurgia eletiva para polipectomia. Foi realizada cistoscopia para visualizar o pólipo como um todo, sendo vista que a base deste estava fixa em colo vesical esquerdo, porém óstio ureteral ipsilateral não foi visualizado. Realizada, então, ressecção da base do pólipo e observado que ureter passava em sua base. Como houve lesão ureteral para exérese de pólipo, optada por passagem de cateter duplo J.

RESOLUÇÃO CIRÚRGICA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL.

EDUARDO AUGUSTO SILVA ROSA, LUCAS DE ABREU SESCONETTO, ISABELLA MESQUITA VENÂNCIO, JOÃO VITOR TAVARES FRANÇA, ROBERTA ABRÃO PACHECO RODRIGUES, RONALDO DE ALMEIDA SESCONETTO

UNIEVANGÉLICA, PUC-GO, UNIEVANGÉLICA, UNIRV-APARECIDA, PUC-GO, MÉDICO GRADUADO NA UFG

Urologia

INTRODUÇÃO: A incontinência urinária e a disfunção erétil são condições que afetam diretamente a qualidade de vida do paciente, trazendo prejuízos ao bem estar físico, social e emocional. Tais patologias podem ser complicações relacionadas a cirurgias prostáticas, tanto em procedimentos transuretrais quanto da prostatectomia radical. Grande parte dos pacientes respondem ao tratamento medicamentoso e regredem os sintomas em até seis meses. **RELATO DO CASO:** Paciente B.G.A, 64 anos, pardo, queixa de nictúria, polaciúria e jato médio. Próstata com nódulo a direita ao toque retal. PSA 3.35 livre 8%. Realizado biópsia de próstata com histopatológico evidenciando adenocarcinoma prostático gleason 3+3 =6 em 4 de 12 fragmentos (base direita e terço médio direito). Feito prostatectomia radical em maio de 2017, com margens cirúrgicas livres confirmadas ao anatomopatológico. Entretanto, paciente evoluiu com incontinência urinária total após retirada da sonda vesical no 15º P.O. Retorna no 60º P.O., queixa de incontinência urinária total e disfunção erétil. Foi prescrito imipramina + solifenacina e tadalafila 20 mg 2x/ semana. Reavaliação no 120º P.O persiste com disfunção erétil e relata melhora parcial da incontinência, mas refere jato muito fino e fraco, hesitação e micção em dois tempos. Foi considerado a hipótese de estenose de anastomose vesico uretral, que foi posteriormente confirmada por cistoscopia. Sendo assim submetido a uretrotomia interna em dezembro de 2017. Entretanto, manteve incontinência urinária e disfunção erétil persistentes. Foi realizado estudo urodinâmico que evidenciou incontinência urinária por lesão esfínteriana. Dessa maneira, foi feito implante de esfínter urinário artificial (3 volumes) e implante de prótese peniana semirígida, realizados em um só tempo cirúrgico. Evoluindo no 45º P.O, após ativação do esfínter, com continência urinária. **CONCLUSÃO:** A incontinência urinária e disfunção erétil podem ser complicações responsivas ao tratamento medicamentoso sendo, portanto, importante uma abordagem inicialmente clínica. Contudo, em casos de falha terapêutica, faz-se necessário a utilização de abordagens cirúrgicas para restaurar a qualidade de vida do paciente.

RELATO DE CASO: URETEROURETEROANASTOMOSE COM REIMPLANTE À POLITANO EM PACIENTE COM DUPLICIDADE URETERAL SUBMETIDA A LIGADURA URETERAL IATROGÊNICA

LANDWEHRNER LUCENA DA SILVA, JOSEPH MONTEIRO DE CARVALHO, MARCOS THADEU MEIRELES FERNANDEZ VALBUENA, LUCAS DE SOUZA POLETTI, PHABIO CLAUDINO ESTRELA TERRA TEODORO, WLADMIR FERNANDES BEZERRA, JORDANA NOGUEIRA GOMES, CLARISSA BEZERRA DE SANTANA

HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Urologia

INTRODUÇÃO: Cirurgias ginecológicas carregam um risco inerente de lesões do trato urinário por diversos fatores: anatomia, vias de acesso, técnica e experiência do cirurgião. As cirurgias ginecológicas são responsáveis por 75% de todas as lesões ureterais iatrogênicas. Este trabalho descreve um caso de lesão iatrogênica de ureter em paciente com duplicidade ureteral e seu tratamento cirúrgico. **RELATO DE CASO:** Paciente, sexo feminino, 40 anos, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES), hipotireoidismo e fibromialgia em tratamento e acompanhamento especializado, com história anterior de esplenectomia em 2016 por anemia hemolítica auto-imune (AHA). Foi submetida a histerectomia total abdominal (HTA) em 2017 devido a miomatose uterina com hipermenorria. Durante procedimento foi relatado presença de fibrose e aderências entre o útero e a bexiga culminando em lesão vesical de aproximadamente 5 cm que foi prontamente corrigida. Após 5 dias cursou com forte dor abdominal em fossa ilíaca e flanco direito associada a febre, inapetência, apatia, perda líquida pela vagina, leucocitose e leucocitúria. Realizado ultrassonografia e tomografia de abdome além de uretrocistografia que mostraram duplicidade ureteral à direita com sinais de obstrução e fistula vesicovaginal. Reabordada por incisão de Pfannenstiel com extensão à Gibson à direita onde observou-se ambos os ureteres com importante dilatação. Após abertura da bexiga, notou-se fistula vesicovaginal na localidade dos óstios ureterais direitos. Foi procedido ressecção do trajeto fistuloso englobando a área dos óstios ureterais, com reconstrução da parede vaginal e da bexiga e realizado anastomose do ureter lateral no ureter medial, término-lateral com passagem de cateter duplo J em ambos e realizado implante do ureter medial na bexiga com realização de túnel submucoso (Politano). A paciente evoluiu com fistula urinária que foi tratada conservadoramente e apresentou evolução satisfatória. Após 2 meses a paciente foi submetida a retirada dos cateteres duplo J e segue em acompanhamento com a equipe de Urologia deste serviço, apresentando boa evolução. **CONCLUSÃO:** Não encontramos em nossa revisão bibliográfica descrição de caso semelhante nem tratamento proposto para pacientes com duplicidade ureteral acometidos de lesão ureteral com fistula vesico-vaginal. Concluímos que, neste caso, o tratamento descrito proporcionou resolução do quadro da paciente e pode ser cogitado como conduta em casos semelhantes.

ABORDAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA DA PANCREATITE AGUDA GRAVE: UM RELATO DE CASO

RAFAEL COSTA DE LIMA, INGRID ALBUQUERQUE EGITO, RAYSSA DOS SANTOS SIQUEIRA HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA, ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vias biliares de pâncreas

INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda é uma inflamação pancreática que pode determinar síndrome de resposta inflamatória sistêmica acarretando significativa morbidade e mortalidade em 20% dos pacientes. As principais causas são litíase vesical ou consumo de álcool, que perfazem cerca de 85% dos casos no mundo ocidental. Na maioria das vezes, é condição autolimitada e se resolve com medidas clínicas. Todavia, a presença de necrose pancreática e peripancreática associada à infecção é potencialmente grave e pode demandar cuidados e abordagens especializadas. **RELATO DE CASO:** Homem, 41 anos, procurou o Pronto-Socorro de cirurgia geral queixando-se de dor em hipocôndrio direito há um dia, associado a náuseas e vômitos. Informava três internações prévias com quadro clínico parecido, sendo realizado diagnóstico de pancreatite aguda, sem definição da etiologia. Na admissão, apresentava amilase e ecografia de abdome superior mostrava colelitíase e discreta ascite. Tomografia de abdome evidenciou áreas de necrose em pâncreas, líquido livre peripancreático e coleções de paredes bem definidas compatíveis com pseudocistos. Após oito semanas de internação, evoluiu com piora do quadro clínico, necessitando de dieta parenteral e suporte em unidade de terapia intensiva. Realizou ecoendoscopia identificando necrose pancreática delimitada com processo inflamatório mais organizado, pseudocistos com paredes espessadas, tornando viável drenagem ecoendoscópica. Diante da indisponibilidade de materiais necessários para o procedimento endoscópico, optou-se por realizar laparotomia exploradora com drenagem dos pseudocistos pancreáticos, necrosectomia e realização de colecistectomia. Após o procedimento o paciente evoluiu com bom estado geral, recebendo alta com orientações e encaminhamento ambulatorial. **CONCLUSÃO:** A avaliação dos pacientes com pancreatite aguda deve ser detalhada com o objetivo de identificar precocemente pacientes com potencial de evolução desfavorável. O suporte nutricional, se possível enteral, deve ser introduzido precocemente nos casos graves. A antibioticoprofilaxia ainda é controversa na pancreatite leve, embora seja consenso de que é benéfica na pancreatite aguda grave. A necrose infectada deve ser tratada por meio da necrosectomia e pacientes com pancreatite biliar devem ser submetidos à colecistectomia o mais breve possível.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA NAS PRIMEIRAS 24 HORAS DE COLECISTITE AGUDA: OPERAR OU ESPERAR?

LUCAS HENRIQUE SOUZA DE AZEVEDO, RICARDO VIEIRA TELES FILHO, VICTÓRIA COELHO JÁCOME QUEIROZ

FACULDADE DE MEDICINA- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, FACULDADE DE MEDICINA- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Vias biliares de pâncreas

Objetivo: Apontar, através de uma revisão de literatura, qual seria o timing correto para operar, via colecistectomia laparoscópica (CL), os pacientes com colecistite aguda (CA). **Metodologia:** Foram analisados artigos, dos últimos 5 anos, pesquisados nas bases: PubMed, Scopus e Scielo, com as palavras-chave: acute cholecystitis; laparoscopy; immediate cholecystectomy; early cholecystectomy. **Resultados:** Estudos prospectivos multicêntricos randomizados apresentam certos benefícios da CL antes de 24h de internação, pois quanto maior o tempo de hospitalização antes de realizar a cirurgia, mais difícil se torna o procedimento (maiores taxas de conversão em cirurgia aberta), maior custo e tempo de internação. Porém, no geral, não há consenso quando se compara a cirurgia imediata (CI) (dentro das primeiras 24h desde o início dos sintomas) com cirurgia precoce (CP) (realizada dentro das 25h a 72h). Estudos apontam que a CI não apresentou superioridade em relação CP, sendo assim, recomendado que o tempo hábil para intervir é inferior a 72h. Concluíram também que, apesar dos benefícios na CI, isso não justificaria a urgência, pois a prioridade deve ser o veredito de um cirurgião experiente e se o local é adequado para um procedimento urgente. Isso porque não houve diferenças de morbidades entre os dois grupos e nem aumento de complicações pós-operatórias. **Conclusão:** São necessários mais estudos que abordem de maneira comparativa entre a CI e CP. Por ora, continuar com a CL em até 72h como o ideal para um bom prognóstico do paciente, redução do tempo de internação e dos custos desta é a conduta com maior embasamento científico. A CI não demonstrou ser prejudicial, porém, ser estabelecida como padrão sem que haja evidência significativa de que esta é superior, pode resultar em estabelecimento de uma urgência cirúrgica desnecessária. **Bibliografia:** AMBE, P. et al. Cholecystectomy for acute cholecystitis. How time-critical are the so called “golden 72 hours”? Or better “golden 24 hours” and “silver 25-72 hour”? A case control study. World journal of emergency surgery : WJES, v. 9, n. 1, p. 60, 2014.; BOUASSIDA, M. et al. Should acute cholecystitis be operated in the 24 h following symptom onset? A retrospective cohort study. International Journal of Surgery, v. 25, p. 88–90, jan. 2016.; GUTT, C. N. et al. Acute cholecystitis: Early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC Study, NCT00447304). Annals of Surgery, v. 258, n. 3, p. 385–391, 2013.

COLECISTECTOMIA PARCIAL RESULTANDO EM SÍNDROME PÓS COLECISTECTOMIA: UM RELATO DE CASO

ANGÉLICA DOS SANTOS SANTOS, JOÃO PAULO PACINE DE BARCELOS, KAROLINE EVANGELISTA DE SOUZA, CRISTINA OLIVEIRA DE JESUS, GUILHERME HENRIQUE SANDES, ALESSANDRA DOS SANTOS SANTOS, CINTHYA CLARA SILVA DE SOUSA, INDIANNA BEATRIZ MENDES DE ANDRADE

HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL DOUTOR VIEIRA DOURADO, MANAUS, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA, HOSPITAL REGIONAL DO GAMA, BRASÍLIA.

Vias biliares de pâncreas

Introdução: Síndrome pós colecistectomia (SPC) engloba um grupo heterogêneo de sinais e sintomas em pacientes com prévia excisão cirúrgica da vesícula biliar. Raramente cursa com dores abdominais recorrentes, colangite ou sinais de choque. Tem nas desordens extra-biliares sua principal etiologia e quando provenientes de estruturas biliares remanescentes, torna-se um evento raro. Tendo em vista a ocorrência incomum desta associação é relatado a seguir um caso de síndrome pós colecistectomia atrelada à colecistectomia parcial prévia. **Relato de caso:** M.C.S, masculino, 38 anos, colecistectomizado parcial há 5 anos, trazido pelo SAMU, com história de dor abdominal episódicas há 3 meses, a última crise iniciou há 36 horas predominando em hipocôndrio direito, tipo cólica, de alta intensidade, associada a icterícia, febre, acolia fecal, e colúria. SAMU alegou presença de sinais de choque e desconforto respiratório no início do quadro. Na admissão apresentava: BT: 10,60 mg/dL; BD: 7,25 mg/dL; Leucocitose de 28.800; FAL: 199 U/L; GGT: 460 U/L; TGO: 110 U/L; TGP: 305 U/L; Sorologias para Hepatite B e C negativas. TC de abdome com cálculo na vesícula residual e sinais de coledocolitase. Na impossibilidade de realizar CPRE de emergência, optou-se por laparotomia exploradora com exploração das vias biliares, encontrando-se vesícula residual com ducto cístico e colédoco de calibre aumentado e secreção biliar com fragmentos de cálculo. Explorado via biliar passando-se sonda nº8 com irrigação; Por fim, passado com dificuldade explorador de Baker, palpado no duodeno; Ao cabo, fez-se colecistectomia residual. Realizado CPRE, nove dias após colangiorressonância constatar coledocolitase distal, evidenciando papilite sem coledocolitase. Paciente apresentou amilaseemia pós CPRE, sendo instituída terapia de suporte para pancreatite. Com evolução clínica e laboratorial satisfatória, recebeu alta no 20º DPO da abordagem cirúrgica. **Conclusão:** A incidência da SPC é de 43% no sexo feminino e 28% no masculino. Em 10% a dor abdominal intensa persiste como queixa a longo prazo. A vesícula biliar remanescente em conexão com o ducto biliar pode deixar um caminho intacto para cólicas biliares continuadas e conter ou propiciar o surgimento de cálculos podendo levar a colecistite aguda recorrente, pancreatite biliar e coledocolitase. Assim, na vigência de quadros abdominais álgicos persistentes pós colecistectomia, a SPC deve entrar com diagnóstico diferencial dos profissionais médicos.

DELINEAMENTO COMPARATIVO ENTRE A REALIZAÇÃO DE COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL E VIDEOLAPAROSCÓPICA NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2013 E 2017

DIOGO TELES DE LIMA, FÁBIO FERREIRA MARQUES, GABRIELLA JAIME VIEIRA, LARA CRISTINA ROCHA ALVARENGA, LUÍS MÁRIO MENDES DE MEDEIROS, BRÁULIO BRANDÃO RODRIGUES, MIRIAN PAIVA SILVA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL

UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA, UNIEVANGELICA.

Vias biliares de pâncreas

Objetivo: Comparar a realização de colecistectomia convencional e videolaparoscópica no Brasil entre os anos de 2013 e 2017, devido à sua grande expressividade no âmbito cirúrgico. **Método:** Pesquisa de caráter transversal, retrospectiva e quantitativa realizada no Brasil entre os anos de 2013 a 2017. Os dados foram obtidos através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), de ordem secundária, na categoria de base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). As variáveis utilizadas nesse trabalho foram: caráter, regime e ano do procedimento, valor médio dispensado pela saúde pública e taxa de mortalidade relacionada à cirurgia. **Resultados:** No período designado do trabalho, foram realizadas 37.748 colecistectomias, sendo 18.232 por via videolaparoscópica e 19.516 por via convencional. Em relação ao caráter de realização das cirurgias, 80,48% foram eletivas, sendo sua maioria realizada por via laparoscópica e, em contrapartida, a cirurgia convencional foi predominante nos 19,52% procedimentos com caráter de urgência. Em relação aos gastos públicos com a colecistectomia nos anos analisados, tem-se que o montante total dispensado para o procedimento foi de R\$ 41.206.172,36, sendo R\$ 24.467.979,24 para as videolaparoscopias. Esse método, também apresentou uma taxa de mortalidade 20,59% menor do que aquela comparada à cirurgia convencional, bem como uma menor média de permanência hospitalar, cerca de 16% a menos do que a colecistectomia convencional. **Conclusão:** Diante do número expressivo de colecistectomias realizadas no Brasil entre os anos do estudo, nota-se um grande valor dispensado pelos cofres públicos para a realização do procedimento. A cirurgia videolaparoscópica apesar de requerer maiores gastos, apresenta menores índices de mortalidade e permanência hospitalar sendo, portanto, nesses quesitos analisados, relativamente superior àquela convencional. Por fim, deve-se expandir ainda mais a prática de ambas técnicas no país com o intuito de também aplicá-las aos casos de urgência e emergência, tendo se em vista as vantagens e desvantagens de cada procedimento.

DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA POR COLEDOCOJEJUNOANASTOMOSE EM Y DE ROUX VIDEOLAPAROSCÓPICA

GUILHERME SERONNI, LARA SILVA PAIXÃO, ISABELLA CHAVES LIRA CRUZ, VERONICA MACIEL ZULIAN, PATRÍCIA LEONARDO MAGALHÃES DOS SANTOS, PEDRO FREIRE GUERRA BOLDRIN, MARIA PAULA BESSA DE FREITAS, MANOEL LEMES DA SILVA NETO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS.

Vias biliares de pâncreas

Introdução: Coledocolitíase refere-se à presença de cálculos no interior da via biliar principal. A maioria dos casos de coledocolitíase é secundária à migração de um cálculo presente na vesícula biliar. A coledocolitíase primária consiste na formação do cálculo biliar no próprio ducto colédoco e representa a minoria dos casos. A sintomatologia dos pacientes com coledocolitíase é variável havendo desde formas assintomáticas a formas de síndrome colestática com icterícia flutuante e dor em hipocôndrio direito. O tratamento da coledocolitíase é sempre recomendado, até mesmo nas formas assintomáticas e a derivação biliodigestiva é indicada nos casos de ducto colédoco cronicamente dilatados. Caso clínico: Paciente de 72 anos, sexo masculino, com quadro de dor crônica em HCD associada a icterícia, colúria e hipocolia fecal. O exame de USG de abdome total revelou dilatação das vias biliares e colédoco e discreta dilatação do Wirsung. Solicitada colangiorressonância magnética que demonstrou acentuada dilatação simétrica das vias biliares intra e extra-hepáticas, estando o hepatocolédoco com calibre máximo de 1,9 cm, notando-se imagem alongada e ovalada medindo 1,9 x 1,0 cm seus maiores eixos promovendo extensa falha de enchimento (cálculo invertido), impactada no hepatocolédoco distal intrapancreático, junto à papila maior do duodeno. Discreta dilatação de todo o ducto de Wirsung. Conclusão/considerações finais: O tratamento da litíase de via biliar principal com a realização de anastomose biliodigestiva (coledocojejunostomia em Y de Roux término-lateral) é procedimento factível com benefícios já consagrados na literatura, como menor dor pós-operatória, menor período de internação hospitalar, melhor efeito cosmético e retorno as atividades laborais mais rapidamente.

INDISPONIBILIDADE DE CPRE VIA SUS NO ESTADO DE GOIÁS: UM CENÁRIO ATUAL

PATRÍCIA ALINE DE ANDRADE RODRIGUES, CONJETO LUIZ NETO

RESIDENTE EM CIRURGIA GERAL CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS UNIEVANGELICA, PROFESSOR ADJUNTO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS UNIEVANGELICA

Vias biliares de pâncreas

Objetivo: Demonstrar o impacto do descredenciamento , junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) ,devido ao revogamento da portaria 093/2014 , de serviço de referência para realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) no estado de Goiás ,considerando a epidemiologia nacional e regional de coledocolitíase, que perpetua-se como agravamento mais prevalente dentre as indicações de CPRE. Método: O levantamento de dados foi feito a partir dos bancos disponíveis nos Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do DATASUS, utilizando como descritor “colecistite e colelitíase” selecionado na lista de morbidades-CID10, uma vez que o sistema não contempla o descritor “coledocolitíase “ isoladamente , analisando o número de internações no período de janeiro de 2017 à fevereiro de 2018 no Brasil e em Goiás .Resultado: No último ano, foram registradas 297.810 internações no país devido à colecistite e colelitíase.Goiás assumiu a oitava posição, contemplando 11.506 internações do total.Atualmente, Goiás conta com apenas um serviço para realização de CPRE vinculado ao SUS, via sistema de regulação(SISREG) para atender à todo o estado.Conclusão: A literatura demonstra que ,aproximadamente 6 a 10% da população desenvolverá colelitíase, e, desses, 10% evoluirá com coledocolitíase. Em até 50% dos casos de coledocolitíase, os pacientes são assintomáticos,o que requer uma melhor avaliação do paciente com colelitíase. Atualmente,o uso mais indicado da CPRE tem sido para casos de alto risco de coledocolitíase, os quais já podem ter o benefício da terapêutica no mesmo procedimento,já que este apresenta taxas de remoção de cálculo de 74,2% à 90% e menor mortalidade quando comparada à exploração de via biliar.Considerando a análise epidemiológica descrita, se apenas 1% dos pacientes internados com colecistite/colelitíase evoluísse para coledocolitíase, o atual serviço disponibilizado pelo estado não seria capaz de alcançar a população necessária, tornando-se então , de fato, fator contribuinte para o aumento de morbimortalidade.

FÍSTULA COLECISTOHEPÁTICA: ANOMALIA BILIODIGESTIVA DESCOBERTA NO INTRAOPERATÓRIO

JOÃO PEDRO SOARES NUNES, PEDRO FREIRE GUERRA BOLDRIN, PAULO ROBERTO NUNES FILHO, ISABELLA FRANCO COSTA, MARIANA CORTEZ DE OLIVEIRA, PEDRO ANTÔNIO PASSOS AMORIM, JAIR PEREIRA DE MELO JÚNIOR, VICENTE GUERRA FILHO

UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE,UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE – GOIÁS, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE – GOIÁS

Vias biliares de pâncreas

Introdução: Fístulas biliodigestivas são comunicações anormais entre o próprio trato biliar ou dele com outras regiões gastrointestinais, sendo a principal causa, procedimentos cirúrgicos intervencionistas, e a mais comum, a colecistoentérica (80%). Este refere a uma anomalia biliar rara, o ducto colecistohepático, cuja incidência é inferior a 1%. Nesta fístula há o escoamento do canal hepático para o interior da vesícula, através de uma conexão, que, neste caso, foi no fundo vesicular. Relato do caso: Paciente D.O.L, 20 anos, feminino, procurou atendimento queixando-se de dor em cólica, moderada, recorrente, no epigástrico, irradiando para hipocôndrios, de início há 6 meses, desencadeada na ingestão de alimentos colecistocinéticos e associada à plenitude pós-prandial e pirose. Nega icterícia, colúria, acolia fecal, alterações de hábito intestinal, cirurgias prévias, morbidades, tabagismo, etilismo, uso de contraceptivos ou gestação prévia. Exame físico do estado geral, do aparelho cardiorrespiratório e abdominal sem alterações. Seus exames laboratoriais, como hemograma, exame de urina tipo 1, bilirrubinas totais e frações, lipidograma, ureia, creatinina, glicemia de jejum, amilase, fosfatase alcalina, gama GT, transaminases hepáticas e tempo de protrombina eram normais. A endoscopia digestiva alta evidenciou gastrite antral leve, com teste de urease negativo. À ultrassonografia de abdome, constatou-se colelitíase e nefrolitíase à direita. Procedeu-se então à colecistectomia videolaparoscópica convencional, com achado de vesícula de paredes finas; ducto cístico fino e longo, artéria cística anatômica, ambos dissecados, clipados e seccionados. Colédoco parcialmente visualizado de calibre e aspecto normais. Identificado, durante o intraoperatório, o achado de fístula colecistohepática com o fundo da vesícula, a qual foi dissecada e, após amarraduras, retirada do leito com Hook e liberada pela punção epigástrica. Não houve intercorrências no intra ou pós-operatório. Conclusão: Apesar de raras, anomalias congênitas biliares são encontradas durante o ato cirúrgico, diante da dificuldade em identificá-las no pré-operatório. Isso ressalta a importância de um conhecimento anatomofisiológico e patológico para que o cirurgião seja capaz de reconhecer uma anomalia congênita de vias biliares. Assim, reitera-se a necessidade de mais estudos sobre as mesmas, objetivando a redução de possíveis lesões iatrogênicas durante o ato operatório em achados acidentais.

METÁSTASE PANCREÁTICA SOLITÁRIA TARDIA DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS. RELATO DE CASO.

DÉBORA SARA DE ALMEIDA CARDOSO, ANA VIRGÍNIA FERREIRA FIGUEIRA, BRUNO LUIS OLIVEIRA CORREA, CLAUDINEL MAGIO JÚNIOR, GUSTAVO DE SOUSA ARANTES FERREIRA, LEONARDO AUGUSTO LIMA FARIAS, MARIO HENRIQUE BITAR SIQUEIRA,

HUB, HUB, HUB, HUB, HUB,HUB, HUB

Vias biliares de pâncreas

Introdução: O pâncreas é um órgão cujo acometimento neoplásico secundário a outros órgãos é raro. Com sítio primário geralmente acometendo pulmões ou rins, a metástase pancreática pode manifestar-se anos após tratamento do tumor primário. O carcinoma de células renais (CCR) é o câncer renal mais comum e apresenta alta taxa de metástases (> 25%) representando 2% de todas as lesões malignas do adulto. Há pouca produção científica acerca das metástases pancreáticas tendo em vista sua pouca incidência. Este trabalho propõe-se a relatar um caso de acometimento neoplásico pancreático secundário a CCR. Relato do caso C.S.C.J, masculino, 71 anos, natural de São Luiz (MA), residente e procedente de Brasília-DF encaminhado à Cirurgia Geral do Hospital Universitário de Brasília (HUB) em novembro de 2017 devido a nódulo em pâncreas, diagnosticado incidentalmente em tomografia de abdome solicitada durante internação hospitalar devido a quadro de erisipela em 2015. Clinicamente apresentava-se sem quaisquer queixas. Refere histórico de nefrectomia à direita em 2003 em decorrência de diagnóstico de carcinoma renal de células claras. A TC evidenciou lesão nodular hipodensa hipovascular no corpo do pâncreas medindo 13x8 mm. Foi então submetido a ecoendoscopia com biópsia do nódulo pancreático que resultou em carcinoma invasivo com padrão de células claras. Nesse momento foi iniciada quimioterapia via oral com pazopanibe, realizada por 2 anos até que o paciente não pode mais arcar com os custos do tratamento sendo encaminhado ao HUB. A conduta tomada foi a abordagem cirúrgica da lesão sendo submetido a pancreatectomia distal e esplenectomia em janeiro de 2018. Não apresentou quaisquer complicações pós-operatórias e recebeu alta no 6º dia pós-operatório. Conclusão: Metástases pancreáticas originárias de quaisquer sítios neoplásicos são excepcionalmente raras. O comprometimento do pâncreas por metástases advindo do CCR representa apenas 0,25% a 3% dos casos sendo reconhecidas as vias hematogênicas ou linfáticas como modos de disseminação. Após ressecado o tumor primário podem haver recorrências, que geralmente ocorrem entre 1 e 3 anos após a ressecção. Ocasionalmente, pode ocorrer recorrência tumoral tardia, sendo o pâncreas um dos órgãos menos frequentemente acometidos. As metástases pancreáticas solitárias devem ser abordadas cirurgicamente tão logo seja possível. Metástases múltiplas e aquelas associadas à recorrência tumoral no rim contralateral são incomuns.

PANCREATECTOMIAL PARCIAL: UM RELATO DE CASO DE TUMOR DE FRANTZ

ÁLEF RIBEIRO SOUZA, KAMILLO MESQUITA DANTAS, LUCAS PRAXEDES CHAVES, STEFANO GARCIA MACHADO DE SOUZA, HEITOR TOMÉ REZENDE, PEDRO PAULO CLARK DE OLIVEIRA, LUCIANA MORELLI CALDEIRA, MANOEL LEMES DA SILVA NETO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS E UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Vias biliares de pâncreas

INTRODUÇÃO: O tumor de Frantz é uma entidade rara que atinge o pâncreas e é mais comum em mulheres jovens. Em 1996, foi definido pela Organização Mundial de Saúde como tumor sólido pseudopapilar. Possui, caracteristicamente, baixo potencial de malignidade e bom prognóstico tendo o tratamento cirúrgico como principal abordagem curativa. A sintomatologia deste tumor apresenta características pouco específicas sendo ele, por vezes, um achado incidental em exame físico ou de imagem. É uma neoplasia cada vez mais estudada chamando a atenção para a necessidade de incluí-la como diagnóstico diferencial de massa abdominal em pacientes jovens. Este estudo relata um caso de tumor de Frantz em uma paciente avaliada no Hospital Santa Monica em Goiânia, no ano de 2018. **RELATO DE CASO:** Paciente, feminino, de 18 anos, cursava com dor em faixa em abdome superior, há 3 meses, sem irradiação ou relação com alimentação. Negava icterícia, febre, vômitos, anorexia ou perda de peso. À TC, evidenciou-se uma lesão expansiva sólido-cística localizada em corpo de pâncreas, de contorno lobulado e capsulado, com realce heterogêneo a contraste, medindo cerca de 6,2cm x 5,8cm, que comprimia a veia esplênica anteriormente e a artéria esplênica posteriormente. CA 19.9 e CEA normais. Foi submetida a uma pancreatectomia parcial (PDL) por videolaparotomia. No ato cirúrgico, durante a exposição pancreática com secção do ligamento gastrocólico, foi preservado a arcada gastroepiploica, em especial os vasos curtos gástricos e gastroepiploica esquerda. Paciente evoluiu sem nenhuma intercorrência. **CONCLUSÃO:** A abordagem cirúrgica com ressecção da massa tumoral é o tratamento de eleição para o tumor de Frantz. A PDL é um procedimento tecnicamente exigente, com necessidade de disseção circunferencial dos vasos esplênicos e sua cuidadosa libertação do parênquima pancreático. A preservação do baço permite a conservação das funções deste órgão, associada a menor tempo cirúrgico, porém ainda com risco relativo de infarto intra ou extra operatório pela técnica de Warshaw, necessitando de uma reabordagem cirúrgica. Deve-se ter alta suspeita clínica para o diagnóstico de massas pancreáticas no corpo e cauda do pâncreas, uma vez que cursam com menos sintomas se comparados com tumores da cabeça. Exames de imagem são essenciais no diagnóstico e planejamento cirúrgico.

PSEUDOCISTO PANCREÁTICO EM ADOLESCENTE DE 14 ANOS - RELATO DE CASO

NATASHA GARCIA CALDAS, REBECCA CAROLINA SILVA LINS, STEPHANIE DA SILVA FERNANFES, ANDRE ARAUJO DE MEDEIROS SILVA, NIMER RATIB MEDREI
HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF, HOSPITAL DA REGIÃO LESTE - HRL-DF

Vias biliares de pâncreas

Introdução: Pseudocisto pancreático é coleção fluida que classicamente se desenvolve quatro semanas após quadro de pancreatite aguda, trauma pancreático ou exacerbação de pancreatite crônica, com incidência de 1/100.000 casos ao ano (5-15% dos casos de pancreatite) e resolução espontânea em cerca de 50% dos casos. Ocorrem frequentemente nos quadros de pancreatite crônica de etiologia alcoólica. O pseudocisto pode ser assintomático ou manifestar-se com dor devido a compressão de órgãos adjacentes, náuseas, vômitos, saciedade precoce. O diagnóstico requer avaliação integral do paciente, tendo exames de imagem grande importância. A tomografia computadorizada é padrão ouro, com sensibilidade 82-100% e especificidade 98%. O tratamento é indicado nos casos sintomáticos. Estratégias terapêuticas incluem drenagem endoscópica, drenagem percutânea e intervenção cirúrgica (cistogastroanastomose, cistojejunoanastomose - abertas ou videolaparoscópicas), sendo esta última a melhor opção nos pseudocistos maiores que 6cm. A cistogastroanastomose permite drenagem contínua do pseudocisto, evitando assim compressão dos órgãos adjacentes causada pelo acúmulo de líquido, sendo considerada uma técnica que permite mínima modificação da anatomia com resultados satisfatórios. Sabe-se ainda que o uso de ácido valpróico está associado a quadros de pancreatite. **Relato do caso:** Paciente de 14 anos, sexo masculino, autista e com retardo mental leve, em uso de Ácido Valpróico, Risperidona e Levomepromazina, apresentou 02 episódios de pancreatite aguda de provável origem medicamentosa nos últimos 06 meses, evoluindo com quadro de pseudocisto pancreático volumoso ($\pm$ 1500mL), dor abdominal, vômitos e saciedade precoce. Submetido a cistogastroanastomose laparoscópica sem intercorrências. Recebeu alta no 4º dia pós-operatório em bom estado geral, boa aceitação da dieta, eliminações preservadas, sem queixas clínicas. Segue em acompanhamento sem sinais de recidiva do quadro. **Conclusão:** Pseudocisto pancreático é uma consequência da pancreatite, podendo resultar em sérias complicações que podem levar a intervenções cirúrgicas. Cistogastroanastomose laparoscópica é tratamento ideal no manejo do pseudocisto pois oferece drenagem contínua da secreção, pequena taxa de recorrência e menor morbi-mortalidade superando os resultados do manejo endoscópico e da drenagem guiada por imagem, com os benefícios de procedimento minimamente invasivo como melhor aceitação de dieta e menor tempo de convalescença.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA PANCREATITE AGUDA NO ESTADO DE GOIÁS

HUMBERTO DE SOUSA PIRES FILHO, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, BARBARA GRASSMANN REIS, MUNIKE TOMAZINI DOS REIS, GUSTAVO DORNELES LOBO MOURA, GUILHERME VAZ SILVA, LUCAS DE ARRUDA HIDALGO, EVELLYN DE ANDRADE PULLIG
HUMBERTO DE SOUSA PIRES FILHO, LUIZ HENRIQUE RIBEIRO MOTTA, BARBARA GRASSMANN REIS, MUNIKE TOMAZINI DOS REIS, GUSTAVO DORNELES LOBO MOURA, GUILHERME VAZ SILVA, LUCAS DE ARRUDA HIDALGO, EVELLYN DE ANDRADE PULLIG
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE RIO VERDE

Vias biliares de pâncreas

Objetivo: Definir e analisar o número de internações e óbitos no estado de Goiás por pancreatite aguda, destacando o sexo e faixa etária mais prevalente, além do caráter de atendimento. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo referente às internações hospitalares por pancreatite aguda em pacientes de todas as faixas etárias, por local de internação no Brasil, entre os anos de 2008 a 2017. Os dados foram obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) dos respectivos anos. A seleção da amostra foi realizada a partir da plataforma Informações de Saúde (TABNET), foram selecionados indicadores epidemiológicos e morbidade hospitalar, com a opção: Geral, por local de internação – a partir de 2008. Variáveis consideradas: região (Goiás), caráter de atendimento, sexo, faixa etária, óbitos e internações. **Resultados:** Considerando-se o período analisado (2008 a 2017) observou-se um total de 6.547 internações e 379 óbitos em Goiás por pancreatite aguda e outras doenças do pâncreas, marcando então uma taxa de mortalidade média de 5,79/100.000 habitantes. Houve oscilação no número de internações no período analisado, observando um aumento de 47,4% (saiu de 548 internações em 2008 para 808 internações em 2017). Em relação ao sexo, houve predominância no sexo masculino com 59,3% (n= 3.890). Quanto a faixa etária, a mais acometida para internações em homens e mulheres foi entre 40 e 49 anos; já em relação aos óbitos, predominou a idade de 50 a 59 anos no sexo masculino e a de 60 a 69 anos no feminino. O caráter de atendimento foi majoritariamente de urgência, com 98% (n=6.422) dos casos. **Conclusão:** A partir dos dados coletados, percebe-se que a pancreatite aguda é uma doença com um relativo índice de mortalidade. Portanto, é necessária uma avaliação clínica eficiente e adequada dos pacientes, além do uso de exames de imagem para detectar precocemente a instalação e complicações da doença, principalmente na faixa etária mais avançada, por concentrar grande parte do número de óbitos, tanto em homens quanto em mulheres.

RELATO DE CASO: A RELEVÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA PRECOZE DA PANCREATITE AGUDA BILIAR ASSOCIADA À COLELITÍASE E COLECISTITE

JOÃO PEDRO SOARES NUNES, PEDRO FREIRE GUERRA BOLDRIN, PAULO ROBERTO NUNES FILHO, ISABELLA FRANCO COSTA, PEDRO ANTÔNIO PASSOS AMORIM, MARIANA CORTEZ DE OLIVEIRA, JAIR PEREIRA DE MELO JUNIOR, VICENTE GUERRA FILHO
UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, UNIVERSIDADE DE RIO VERDE, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS, DEPARTAMENTO DE CIRURGIA DO HOSPITAL SANTA TEREZINHA DE RIO VERDE - GOIÁS

Vias biliares de pâncreas

Introdução: A pancreatite é uma doença inflamatória comum causada por autodigestão do pâncreas. O elevado custo referente às suas internações torna imperativa a necessidade do diagnóstico e da terapêutica precoce. **Relato de caso:** paciente feminina, 48 anos, procurou atendimento médico no início de suas queixas. Apresentava queixa de dor intensa, súbita e intermitente em região epigástrica há 3 dias, com irradiação para região infra escapular esquerda, sendo este o 1º episódio. Relatou não haver fator desencadeante e que juntamente com o início da dor houve náuseas e vômitos alimentares. Negou colúria, febre, hipocolia e acolia fecal. Ao exame físico a paciente encontrava-se em regular estado geral, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, ausência de edemas e boa perfusão periférica. Exame cardiovascular normal e respiratório com murmúrio diminuído em bases pulmonares. Seu abdome apresentava-se plano, flácido, doloroso à palpação profunda em região epigástrica, hipocôndrio direito e fossa ilíaca direita, timpânico à percussão, maciez hepática à 2cm do rebordo costal direito e ruídos hidroaéreos fisiológicos. A paciente já trazia exames laboratoriais prévios com amilase, bilirrubinas totais, bilirrubina direta, fosfatase alcalina, gama-GT e transaminases alteradas. Assim sendo, foram solicitados novos exames laboratoriais, ultrassonografia de abdome total com colelitíase biliar e colecistite, tomografia do abdome total apresentando sinais de pancreatite aguda (pâncreas espessado com borramento da gordura mesentérica adjacente); ressonância magnética com dilatação de vias biliares extra hepáticas, sem evidências de cálculos no interior do colédoco, atelectasia em bases pulmonares; e radiografia com derrame pleural bilateral. No momento da internação instalou-se o tratamento conservador para pancreatite com jejum, analgesia, hidratação e controle dos distúrbios hidroeletrólíticos. Ademais, realizou-se uma colecistectomia videolaparoscópica no 5º dia de internação a fim de obter a resolução da colelitíase e colecistite. A paciente evoluiu com boa resposta terapêutica e no 11º dia de internação recebeu alta com resultado satisfatório à reintrodução da dieta. Ao retornar ao consultório, encontra-se sem queixas e com exames laboratoriais normais. **Conclusão:** Perante o exposto, este relato demonstra que o quadro clássico da pancreatite associada ao diagnóstico prematuro e terapêutica bem conduzida são capazes de alterar o prognóstico dos pacientes.

RELATO DE CASO: CPRE EM VIGÊNCIA DE PANCREATITE COMO PROGRESSÃO DE COLECISTOLITÍASE

ISADORA GARCIA CARNEIRO KRIUNAS SEVERINO, ALINE FERREIRA BORGES, DANIELLY VIEIRA DE MENEZES, LUANNA ARRUDA LEMOS, ISABELLA RESENDE COELHO, JULLYANA BORBA DE SOUSA, OLEGÁRIO IDEMBURGO DA SILVA ROCHA VIDAL, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA, UNIEVANGÉLICA

Vias biliares de pâncreas

Resumo: Introdução: A Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) é um dos exames usados para diagnóstico e terapêutica das doenças do fígado, vias biliares, vesícula e pâncreas. A CPRE permite a Esfinterotomia caso existam cálculos e/ou outros obstáculos nas vias biliares. Indicada na colangite, pancreatite biliar e coledocolitíase sintomática. Apesar de suas aplicações, há riscos de reação alérgica ao contraste, piora da pancreatite e colangite. As complicações são raras, podendo ser graves e exigir intervenção de urgência. O benefício da CPRE, na pancreatite biliar com colestase e colangite, está bem definido. A inflamação pode se estender e intervenção cirúrgica pode ser necessária. Caso Clínico: R.B.S.C, feminino, 40 anos, apresentou icterícia, colúria e acolia fecal. Ultrassonografia (USG) de Abdome Total conclui com Colelitíase. Paciente ficou aguardando CPRE pelo SUS por 30 dias e recebeu alta com os exames: bilirrubina total (BT): 1,5mg/dl, bilirrubina direta (BD): 1,2mg/dl, gama-gt: 562U/L, amilase: 23U/L, TGO: 448U/ml, TGP: 419U/ml e fosfatase alcalina (FA): 151U/L. Após três dias de alta evoluiu com dor em abdômen superior, vômitos e calafrios foi internada novamente, com BT: 2,5mg/dl, BD: 1,8mg/dl, TGO: 324 U/ml, TGP: 368U/ml, gama-gt: 1148U/L, amilase: 39U/L, além de ter sido feita uma Tomografia Computadorizada (TC) que revelou Pancreatite Biliar. Após 7 dias novos exames evidenciaram: BT: 4,7mg/dl, BD: 3,3mg/dl, TGO: 549U/ml, TGP: 974U/ml, gama-gt: 496U/L, FA: 691 U/L, amilase 2461U/L e Ressonância Magnética (RM) de Abdome superior com Colangio-RM mostrou cálculo em colédoco distal, de 0,6 cm, dilatação de vias biliares. Devido a Coledocolitíase Distal, optou-se por realizar a CPRE. A CPRE mostrou cálculos e estes foram retirados. Novos exames laboratoriais após três dias do pós-CPRE onde se evidenciaram hemoglobina: 10,7g/dl, hematócrito: 32,6%, BT: 1,4mg/dl, BD: 1,1mg/dl, TGO: 62U/ml, TGP: 238U/ml, gama-gt: 498U/L, FA: 410U/L e amilase: 33U/L. Devido a persistência de alterações optou-se pela Colecistectomia. Paciente retorna no pós-operatório com conteúdo de dreno não bilioso. Conclusão: A CPRE é utilizada na investigação da Pancreatite Biliar, porém deve ser corretamente indicada, em quadro precoce (até 24 horas).

TRATAMENTO DE CISTOADENOMA MUCINOSO POR VÍDEOPANCREATECTOMIA CENTRAL

GUILHERME SERONNI, BRUNA MORAES FARIAS DANTAS, PEDRO FREIRE GUERRA BOLDRI, LUCAS EDUARDO ALMEIDA FRANÇA, MARIA PAULA BESSA DE FREITAS, RAFAEL CASTRO MENDANHA BARROS, LETÍCIA CARVALHO RESENDE PEDRO, MANOEL LEMES DA SILVA NETO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEVANGÉLICA, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Vias biliares de pâncreas

Introdução: O cistoadenoma mucinoso é uma neoplasia pancreática com incidência predominante em mulheres em relação aos homens. As lesões são geralmente grandes variando de 2 a 20cm em diâmetro e contém células com diferentes graus de atipia secretoras de mucina. A evolução do cistoadenoma depende de seu tamanho sendo que um estudo com 78 pacientes demonstrou que lesões menores do que 3 cm eram malignas em menos de 5% dos casos. Lesões entre 3 e 5 cm eram malignas em cerca de 15% dos casos e lesões com mais de 5cm eram malignas em mais de 30% dos casos. Devido ao significativo potencial maligno de cistoadenocarcinoma a cirurgia para remoção do cistoadenoma consiste no seu tratamento recomendado. Caso clínico:

Paciente GGC, 31 anos, sexo feminino, com quadro clínico de dor em abdômen superior em hipocôndrio esquerdo, acompanhado de dispepsia, sensação de distensão e vômitos pós-prandial. RNM Abdome Superior: - Lesão cística intrapancreática, medindo aproximadamente 4,8 x 4,2 x 4,0 cm, exibindo fina septação em seu interior, sem componentes sólidos, determinando leve efeito expansivo parenquimatoso regional, com ectasia do ducto pancreático distalmente, sem comunicação da mesmo com o ducto pancreático principal. Lesão de natureza indeterminada, com características que sugerem possibilidade de neoplasia cística mucinosa. Conclusão/considerações finais: A cirurgia de excisão do cistoadenoma consiste no tratamento recomendado desta doença. Quando a lesão se localiza em região central a pancreatectomia corpo-caudal leva a uma ressecção de grande área pancreática, com consequente quadro de diabetes mellitus e insuficiência exócrina além da provável necessidade de esplenectomia. A alternativa é a realização de pancreatectomia central, que também tem sido realizada por videolaparoscopia. Ela consiste em terapia factível de menor morbidade ao paciente, menor tempo de internação, menor possibilidade de diabetes mellitus e insuficiência pancreática e maior possibilidade de preservação do baço.

RELATO DE CASO: TERAPÊUTICA PALIATIVA EM CA DE CABEÇA DE PÂNCREAS

CAMILA PIRES MARINHO, ANA FLÁVIA ZANELLI DE ALMEIDA, HEITOR TOMÉ REZENDE, KAMILO MESQUITA DANTAS, PAULO VICTOR MOREIRA GUIMARÃES, STEFANO MACHADO GARCIA DE SOUZA, VERÔNICA MACIEL ZULIAN, MATEUS DA SILVA CANDIDO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

Vias biliares de pâncreas

INTRODUÇÃO: A maioria dos tumores pancreáticos apresenta-se como adenocarcinoma, correspondendo a 90% dos casos. Acomete preferencialmente a cabeça, com grande importância clínica. O diagnóstico geralmente é tardio, sendo o estadiamento e a cirurgia essenciais para garantir uma sobrevida satisfatória aos pacientes. Ainda assim, a sobrevida média em 5 anos àqueles submetidos à pancreatectomia é baixa. A terapêutica paliativa (TP) para os portadores da doença sendo esta irresssecável ou metastática, inclui a anastomose bilio-digestiva (na presença de icterícia), a gastro-enteroanastomose (para tratamento ou prevenção da obstrução duodenal) e ainda alcoolização de plexo celíaco. **RELATO DE CASO:** RMC, 67 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética e ex-tabagista (40 anos-mago). Iniciou há 9 meses dor abdominal tipo cólica progressiva em região hipogástrica, sem fatores de melhora ou piora. Refere também perda ponderal de 30kg nesse período. Há um mês o quadro alérgico intensificou-se, iniciando sintomas colestatícos: icterícia, prurido cutâneo, colúria e acolia fecal. Dessa forma, foi realizada colangiressonância magnética, evidenciando lesão expansiva sólida de limites mal definidos em cabeça de pâncreas (3,2x1,9cm), com realce heterogêneo pelo contraste; dilatação moderada de vias biliares intra e extra hepáticas, com colédoco de 10mm e apresentando estenose em cabeça de pâncreas. Na admissão, apresentava exames laboratoriais como bilirrubinas totais (BT) 22,0mg/dL, bilirrubina direta 7,7 e indireta 14,3. Como antecedentes cirúrgicos possui: cirurgia de Duhamel Haddad há 6 anos (megacólon chagásico) e gastrectomia parcial com enteroanastomose há 5 anos (adenocarcinoma gástrico). Assim, optou-se por palição cirúrgica com anastomose bilio-digestiva com confecção de Y de Roux e biópsias intraperitoneais. No pós-operatório, a paciente evoluiu com evidente melhora clínica e laboratorial (BT reduziu pela metade). O anatomopatológico evidenciou carcinoma ductal pancreático com fibrose. Assim, foi referenciada à oncologia para acompanhamento. **CONCLUSÃO:** A TP tem por essência melhorar a qualidade de vida do paciente quando o tratamento curativo não é mais possível. Assim, o objetivo é reduzir o tempo de internação evitando infecções nosocomiais e aliviar os sintomas da doença de base. Dessa forma, foi feita derivação coledocolojunal, a qual possui evidências comprovadas de menor tempo de internação, maior tempo de sobrevida e maior tempo sem recidiva da icterícia.

TUMOR DE FRANTZ EM CAUDA PANCREÁTICA: RELATO DE CASO

MATHEUS SILVA DE PAULA ROCHA, EDSON TADEU DE MENDONÇA, MATEUS QUARESMA MENDONÇA

ACADÊMICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - REGIONAL JATAÍ, PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA (HUGO), PRECEPTOR DA RESIDÊNCIA DE CIRURGIA GERAL DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS GOVERNADOR OTÁVIO LAGE DE SIQUEIRA (HUGOI),

Vias biliares de pâncreas

Introdução: o Tumor de Frantz (TF) é uma neoplasia pancreática rara. Representa cerca de 0,2% a 2,7% dos tumores pancreáticos e possui maior prevalência entre mulheres jovens (1,2,4,5,6). Normalmente é limitado ao pâncreas, mas apresenta metástase em cerca de 10 a 15% dos casos (2,3,6). Paciente pode evoluir de forma assintomática ou cursar com dor abdominal, dispepsia, saciedade precoce, náuseas, vômitos, perda de peso e massa abdominal palpável (1,3,4,5,6). Entre os diagnósticos diferenciais, destacam-se: pseudocisto inflamatório, tumor cístico mucinoso, adenoma microcístico e adenocarcinoma mucinoso (4). Estudos ultrassonográficos e tomográficos demonstram parênquima pancreático heterogêneo de natureza sólida-cística encapsulada com presença de hemorragia (4). O tratamento de escolha é ressecção cirúrgica, mesmo diante de possíveis metástases, e o prognóstico é favorável, com taxas de sobrevida em 10 anos próximas a 100% (1-5). Para tumores de corpo e cauda, preconiza-se pancreatectomia associada ou não a esplenectomia, enquanto para tumores de cabeça é realizada pancreatoduodenectomia (1,2). A complicação pós-operatória mais prevalente é fístula pancreática e a taxa de recorrência do tumor é de cerca de 10% (2,3). **Relato de caso:** paciente, feminino, de 28 anos, com história de dor abdominal inespecífica em hipocôndrio e flanco esquerdos há 2 meses sem fatores ou sintomas associados. Negou comorbidades ou uso de medicações. Após consulta com urologista, foi realizada tomografia de abdome total com evidência de lesão sólida-cística em cauda pancreática, sugestiva de tumor de Frantz, além de esplenomegalia homogênea com indefinição de segmento retropancreático da veia esplênica, sugestiva de trombose crônica. Foi submetida a tratamento operatório, baseado em pancreatectomia corpo-caudal associada a esplenectomia por técnica aberta. Anatomopatológico confirmou a suspeita dos exames de imagem. Paciente evoluiu bem, sem intercorrências, e não houve recidiva no seguimento de dois anos. Conclusão: o TF apresenta baixa malignidade e predomina em mulheres jovens. É raro e pode se manifestar de forma assintomática ou inespecífica, o que reduz as chances de ser diagnosticado precocemente. Presença de característica típicas do tumor no estudo radiológico permite indicar tratamento cirúrgico, mesmo diante da possibilidade de metástases e sem a realização de estudo anatomopatológico prévio. O prognóstico é favorável e as taxas de complicação e recidiva são baixas.

**VESÍCULA BILIAR ESCLEROATRÓFICA: DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO –
RELATO DE CASO**

MARIANA CORTEZ DE OLIVEIRA, AMANDA GONÇALVES SOUZA, JOÃO PEDRO SOARES NUNES, BÁRBARA CAROL SOARES DE FRANÇA, PEDRO ANTÔNIO PASSOS AMORIM, YARA MARAISA SOUZA SIQUEIRA, LILIAN MARTINS LACERDA,
UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV, UNIRV

Vias biliares de pâncreas

Objetivo: Condições como agenesia ou vesícula biliar escleroatrófica (VBE) podem simular colelitíase. A dor observada nesses casos é associada a contrações do esfíncter de Oddi. Estruturas anatômicas como dobras sub-hepáticas de peritônio, são comumente confundidos com a tríade de WES (parede, eco e sombra acústica) na ultrassonografia (USG) de abdome superior, que prediz colelitíase (Cavazos-García et al., 2015). Objetivou-se relatar um caso de VBE por se tratar de uma condição que representa um desafio diagnóstico. **Relato de caso:** Paciente feminina, 58 anos, diabética, dislipidêmica, com história de dor abdominal difusa do tipo cólica de fraca intensidade associada a náuseas e vômitos, desencadeada por exageros alimentares há 38 anos. Procurou atendimento hospitalar devido ao aumento súbito da dor. No momento da avaliação, apresentava-se com dor de forte intensidade sem fator de melhora ou piora. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, anictérica, abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes em todos os quadrantes, som timpânico à percussão, ausência de dor à palpação superficial, presença de dor à palpação profunda. Sinais de Blumberg e Murphy ausentes. Solicitou-se uma USG de abdome superior na qual constatou-se a presença de imagens hiperecogênicas, com sombra acústica posterior, imóveis, sugestivo de calculose biliar. Optou-se pela colecistectomia videolaparoscópica. No intraoperatório, observou-se aderência de duodeno e omento no leito da vesícula biliar. Foi feita dissecação da aderência com abertura no duodeno e conversão para cirurgia convencional. Achado colédoco dilatado (1,2cm) e ducto cístico terminando em estrutura intra-hepática retraída e aderida. Optou-se por interromper a cirurgia para estudo com colangiorressonância magnética (CRMN) para posterior reabordagem, se necessário. Na CRMN verificou-se vesícula biliar não visualizada, dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, sem evidências de cálculos ou nódulos. Paciente seguiu evoluindo bem, recebendo alta após o 5º dia de pós-operatório. **Conclusão:** Segundo os critérios diagnósticos propostos por Frey, na agenesia de vesícula, têm-se ausência de inflamação aguda e de aderências no leito da vesícula biliar (Cerdeira et al., 2013), se tratando, portanto de um caso de VBE. Devido a semelhança sintomatológica com colelitíase e a possibilidade de estruturas anatômicas mimetizarem a tríade de WES, o diagnóstico de VBE é dificultado.