

CBC – Santa Catarina Colegio Brasileiro de Cirurgiões Capítulo Santa Catarina

PROGRAMA

Agosto/2018 Florianópolis/SC





Prezados amigos e colegas,

Estamos a caminho do nosso maior evento cirúrgico do Sul do Brasil, que ocorrerá na cidade de Florianópolis com suas paisagens naturais e belas, reunindo o mar, as montanhas, a história e um povo simples e acolhedor.

Este evento reúne os cirurgiões dos Estados do Rio Grande do Sul. Santa Catarina e Paraná e ocorre a cada dois anos, revezando entre os Estados Será um encontro onde poderemos rever os amigos, trocarmos nossas experiências, atualizarmos nossos conhecimentos e pensar novos projetos. A comissão científica trabalhou muito para proporcionar, este ano, mais uma experiência inesquecível

O local do evento será o Hotel Majestic, localizado na Beira Mar Norte, ao lado do Shopping Beira Mar.

Neste ano abordaremos temas atuais e relevantes do dia a dia do cirurgião.

Em três salas simultâneas no Hotel Majestic discutiremos Cirurgia Bariátrica, Cirurgia Metabólica, Cirurgia do Trauma, Cirurgia Oncológica, DRGE, Hérnias, Metabolismo, Nutrição, e apresentação de Temas Livres que serão publicados na Revista de Relato de Casos do CBC. As nossas atividades de confraternização serão sem dúvida memoráveis e queremos deixar aqui as nossas boas-vindas e dizer que a presença de cada um de vocês neste encontro engrandecerá a sua importância. Serão mais de 60 palestrantes de seis Estados do Brasil e uma Videoconferência do Prof. Rizoli, direto do Canada.

Mestre do CBC-SC - TCBC Pedro de Almeida Araujo

Presidente da Comissao Científica - ECBC Nicolau Fernandes Kruel

TCBC Orli Franzon - Cirurgia do Trauma

TCBC Danton Spohr Correa - Cirurgia Oncologica

ACBC Nicholas Tavares Kruel - Hernias e Cirurgia Bariatrica

Dr. Marcos Tulio Silva - Cirurgia Bariatrica e Metabolica e Drge

Dr. Andre Parizi Mello - Cirurgia Metabolica

TCBC Aldo Takano de Saidneuy - Cirurgia Ap Digestivo

REVISTA DE RELATOS DE CASOS CIRURGICOS

COLEGIO BRASILEIRO DE CIRURGIOES

ANAIS DO VI CONGRESSO SETORIAL REALIZADO EM FLORIANOPOLIS

CORPO EDITORIAL:

EDITOR CHEFE: ECBC Nicolau Fernandes Kruel

ECBC Pedro de Almeida Araujo

TCBC Orli Franzon

TCBC Danton Spohr Correa

ACBC Nicholas Tavares Kruel

Dr. Marcos Tulio Silva

Dr. Andre Parizi Mello

TCBC Aldo Takano de Saidneuy

1- ANÁLISE DA INCIDÊNCIA E TEMPO DE APARECIMENTO DE COLELITÍASE EM PACIENTES SUBMETIDOS À GASTRECTOMIA VERTICAL.

<u>Autores</u>: Gabriele da rocha de souza, felipe José Koleski, flávio de Almeida Ponce, Rinaldo Danesi Pinto, fernando Roberto Kleis Jr, Beatriz Strobel, Sheila Picolli Garcia e Suleine Schwanke.

2- COMPARAÇÃO DE MARGENS DE SEGURANÇA RANSOPERATÓRIAS COM MARGENS ANATOMOPATOLÓGICAS EM GASTRECTOMIAS POR CÂNCER GÁSTRICO.

<u>Autores</u>: Gabriel Roman Souza, Flávia Cristina de Novaes, Wellington Fernandes e Danton Spohr Corrêa.

3- Esôfago negro: Um relato de caso.

<u>Autores</u>: Lucas Schultz Zago, Julia Carvalho Kozelinski, Thaís Doin do Nascimento, Matheus Zattar, Jessica Mayumi Okabe e Felix Ojeda.

4- HEMOBILIA CAUSADA POR COLECISTITE AGUDA COMPLICADA COM EROSÃO DA VEIA PORTA: RELATO DE CASO.

Autores: Pacheco, L.H.R.; Mello, A.L.P.; Damo, L.; Linhares, C.B.; Fornasari, G.H.

5- Relato de Caso de Sarcoma Gigante de Retroperitônio.

<u>Autores</u>: Ivam Vargas Martins da Silva, Danton Spohr Correa, Joyce Marianna Capocci, Andressa Martini Faria Machado, Kamilla Schmitz Nunes, Fernanda Bomfati, Henrique Eduardo de Oliveira

6- Relato de Caso de Leiomioma de Ligamento Uterino: Raro Diagnóstico Diferencial de Hérnia Inguinal

<u>Autores</u>: Ivam Vargas Martins da Silva, Samuel Josias Bizerra Calderon, Vinicius Stringari, Andressa Martini Faria Machado, Kamilla Schmitz Nunes, Fernanda Bomfati, Henrique Eduardo de Oliveira

7- ÍLEO BILIAR – RELATO DE CASO

<u>Autores</u>: Marcelo de Ávila Javornik, Marina Maia, Sarah Karolina de Lima Tavares, André Luiz Parizi Mello, Marcelo Borges Moreira e Marcos Tulio Silva.

8- SÍNDROME DE HAMMAN - RELATO DE CASO

<u>Autores</u>: Letícia Possamai Leite Oliveira, Nathan Henrique dos Santos, Thais Doin do Nascimento e Carlos André Bastian.

9- Trombose Porto-Mesentérica pós Gastrectomia Vertical Laparoscópica <u>Autores</u>: FELIPE JOSÉ KOLESKI, FLÁVIO DE ALMEIDA PONCE, RINALDO DANESI PINTO, FERNANDO ROBERTO KLEIS JR, LENIN DE LIMA RODRIGUES, SHEILA PICOLLI GARCIA e SULEINE SCHWANKE

10- Obstrução intestinal devido à hérnia em incisão de derivação ventriculoperitoneal

<u>Autores</u>: Marcos Tulio Silva, Fabrícia Daniela Martins Almeida, Ingrid Carla Santos, Nicoly Buratto Venson, Nicolau Kruel, Andre Luiz Parizi Mello, Orli Franzon

11- HÉRNIA TRAUMÁTICA DE PAREDE POSTEROLATERAL DO ABDOME DEVIDO A TRAUMA CONTUSO — RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

<u>Autores</u>: Renata de Fáveri Mattei, Bruna Fraga Mezari, Marina Porto Marguti, Jorge Francisco de Assis Paulino, André Luiz Parizi Mello, Marcos Tulio Silva, Robson Pereira do Amaral e Orli Franzon.

12- PERITONITE PNEUMOCÓCICA PRIMÁRIA EM MULHER JOVEM – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

<u>Autores</u>: Renata de Fáveri Mattei, Gabriel de Fáveri Saccon, Marina Porto Marguti, Jorge Francisco de Assis Paulino, André Luiz Parizi Mello, Edson Rogerio Fedrizzi, Robson Pereira do Amaral e Orli Franzon

13- Polipose Adenomatosa Familiar: um relato de caso

<u>Autores</u>: Joana Buratto, Fabrícia Daniela Martins Almeida, Tatiana Fragomeni Mortensen, Lucas Paegle, Nicolau Kruel, Andre Luiz Parizi Mello.

14- Úlcera de Cameron – relato de caso e revisão de literatura

<u>Autores</u>: Thaís Doin do Nascimento, Renan Doin do Nascimento, Lucas Schultz Zago, Julia Carvalho Kozelinski, Matheus Machado Lopes Zattar, Letícia Possamai Leite Oliveira, André Luiz Parizi Mello, Marcos Tulio Silva

15- VOLVO DE SIGMOIDE RECIDIVANTE COM RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA ASSOCIADO A MEGACÓLON ADQUIRIDO: RELATO DE CASO

<u>Autores</u>: Vanessa de Souza Martins1, Maria Fernanda Nicolau1, Indiana Meincheim1, Luan Silva Gonçalves1, Orli Franzon2, André Luiz Parizi Melo2, Pedro de Almeida Araújo2, Nicolau Kruel3

16- Pseudocisto pancreático

<u>Autores</u>: Indianara Meincheim, André Felipe Amaral Silva, Vanessa de Souza Martins, Luan Silva Gonçalves, André Luiz Parizi Melo, Orli Franzon, Pedro de Almeida Araújo, Nicolau Kruel.

17- Síndrome da úlcera solitária do reto: Relato de Caso

<u>Autores</u>: Maurício Correa; Raquel Bittencourt Catto; Ana Carolina Bathelt Fleig; João Victor Borges Mendes; João Francisco Petry; João Augusto dos Reis Guerra; Yara Fernanda de Souza Nero; Nathália Luiza Ferri Bonmann

18- Ruptura Traqueal latrogênica: Relato de Caso

<u>Autores</u>: Raquel Bittencourt Catto; Ana Carolina Bathelt Fleig; João Victor Borges Mendes; Yara Fernanda de Souza Nero; Nathália Luiza Ferri Bonmann; Marina Frandoloso; Rafael Gadens; Eliel Rovaris Machado

19- NEFRECTOMIA POUPADORA DE NÉFRONS EM TRAUMA RENAL

<u>Autores</u>: Karine Furtado Meyer; Raquel Bittencourt Catto; Thayla Valderrama Bicheri; Karina Ilheu da Silva; João Bergmann Cardoso; Rafael Gadens; Iryann Karla Souza Morandini; Eliel Rovaris Machado

20- NEFRECTOMIA POUPADORA DE NÉFRONS - UMA ABORDAGEM SEGURA PARA PACIENTES COM TUMOR DE WILMS BILATERAL

<u>Autores</u>: Karine Furtado Meyer; Raquel Bittencourt Catto; Thayla Valderrama Bicheri; Karina Ilheu da Silva; João Francisco Petry; João Bergmann Cardoso; João Augusto dos Reis Guerra; Iryann Karla Souza Morandini

21- USO DO PEDÍCULO SUPERIOR NA CIRURGIA DE TOREK EM GIGANTOMASTIA - DESCRIÇÃO DE TÉCNICA CIRÚRGICA

Autores: FELIPE OLIVEIRA DUARTE, STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ, FELIPPE GRISARD

- 22- Derivação Esplenorrenal Distal Relato de caso em Jovem de 19 anos <u>Autores</u>: Mauro Rafael da Igreja, Andrew Maikon Massutti, Thainã de Oliveira Azambuja, Yara Fernanda de Souza Neto, João Bergmann Cardoso, Thayla Valderrama Bicheri, Naisa Chiareli Rosa, Gabriela Duarte de Souza
- 23- Sarcoma Fibromixóde pancreático de baixo grau em criança de 10 anos <u>Autores</u>: Mauro Rafael da Igreja, Andrew Maikon Massutti, Karine Furtado Meyer, Karine Ilheu da Silva, Thayla Valderrama Bicheri, Yara Fernanda de Souza Neto, Iryann Karla Morandini, João Bergmann Cardoso.
- 24- HÉRNIA DE AMYAND RELATO DE CASO

<u>Autores</u>: Andrew Maikon Massutti, João Bergmann Cardoso, Rafael Gadens, Eliel Machado, Yara Fernanda de Souza Neto, Iryann Karla Morandini, Thayla Valderrama Bicheri.

- 25- Obstrução Intestinal bezoar aderido ao fio de sutura de anastomose Entérica <u>Autores</u>: Andrew Massutti Eliel Machado -João Bergmann Cardoso Yara Fernanda de Souza Neto Thayla Valderrama Bicheri Gabriela Duarte de Souza -Diego Grube
- 26- PLANEJAMENTO VIRTUAL DA MAMOPLASTIA DE AUMENTO E RECONSTRUÇÃO DE MAMA

<u>Autores</u>: FELIPE OLIVEIRA DUARTE, STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ, MONICA RIBEIRO DE MORAES, NATHALIA HELENA BONOTTO CORSO, FELIPPE GRISARD

- 27- Psoíte como apresentação clínica de Isquemia mesentérica
 <u>Autores</u>: Andrew Massutti -Pedro de Abreu Trauckynski Raquel Catto –Thayla Valderrama
 Bicheri -Yara Fernanda de Souza Neto Rafael Gadens Nathalia Luiza Ferri Bonmann
- 28- SEROMA CRÔNICO EM IMPLANTE MAMÁRIO: A IMPORTÂNCIA DA CAPSULECTOMIA E DA CULTURA PARA MICROORGANISMOS NA CÁPSULA Autores: FELIPE OLIVEIRA DUARTE, STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ, MONICA RIBEIRO DE MORAES, NATHALIA HELENA BONOTTO CORSO, FELIPPE GRISARD
- 29- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A LAPAROTOMIA EXPLORADORA NO TRAUMA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Bruna Arcoverde Abbott, Bruno Eduardo Silva Ribeiro, Ana Luisa Bettega, Beatriz Gubert Deud
- 30- ANÁLISE DA AVALIAÇÃO POR IMAGEM PRÉVIA A LAPAROTOMIA EXPLORADORA NO TRAUMA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE TRAUMA

 <u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr.
- 31- INFLUÊNCIA DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO TRAUMA NOS ÍNDICES DE ADMISSÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A LAPAROTOMIAS DE EMERGÊNCIA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA
 - <u>Autores</u>: Phillipe A breu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Breno Lopes Porto, Jean Raitz Novais, Luis Fernando Spagnuolo, Marcelo Tsuyoshi Yamane.
- 32- CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS NO TRAUMA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA
 - <u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Breno Lopes Porto, Jean Raitz Novais, Luis Fernando Spagnuolo, Marcelo Tsuyoshi Yamane.
- 33- TEMPO DE PERMANÊNCIA EM UTI COMO INDICADOR DE PIOR PROGNÓSTICO EM LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA
 - <u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nas r, Bruna Arcoverde Abbott, Bruno Eduardo Silva Ribeiro, Ana Luisa Bettega, Beatriz Gubert Deud.
- 34- MORBIMORTALIDADE AUMENTADA: O TRAUMA TORÁCICO ASSOCIADO AO TRAUMA ABDOMINAL
 - <u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Kennya Henriqueta de Carvalho, Camila Roginski Guetter, Thamyle Moda de Santana Rezende, Marcio Luciano Canevari Filho.
- 35- INFLUÊNCIA DOS ESCORES DE GRAVIDADE NO TRAUMA (TRISS E RTS) NO TEMPO CIRÚRGICO DAS LAPAROTOMIAS
 - <u>Autores</u>: Phillip e Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Breno Lopes Porto, Jean Raitz Novais, Luis Fernando Spagnuolo, Marcelo Tsuyoshi Yamane
- 36- CORRELAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DAS CIRURGIAS DE CONTROLE DE DANOS COM AS VARIÁVEIS DO ATENDIMENTO ANÁLISE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA
 - <u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Breno Lopes Porto, Jean Raitz Novais, Luis Fernando Spagnuolo, Marcelo Tsuyoshi Yamane
- 37- O IMPACTO DE LESÕES TORÁCICAS ASSOCIADAS A LESÕES ABDOMINAIS NA MORBI-MORTALIDADE DE PACIENTES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA.
 - <u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Bruna Arcoverde Abbott, Bruno Eduardo Silva Ribeiro, Ana Luisa Bettega, Beatriz Gubert Deud.
- 38- INFLUÊNCIA DO GRAU DA LESÃO HEPÁTICA NA EVOLUÇÃO PROGNÓSTICA DOS PACIENTES LAPAROTOMIZADOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA <u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Kennya Henriqueta de Carvalho, Camila Roginski Guetter, Thamyle Moda de Santana Rezende, Marcio Luciano Canevari Filho.
- 39- Correlações dos índices de trauma com as variáveis clínicas em pacientes submetidos a laparotomia exploradora em um centro de referência no trauma <u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Bruna Arcoverde Abbott, Bruno Eduardo Silva Ribeiro, Ana Luisa Bettega, Beatriz Gubert Deud.

40- COLECTOMIA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL: RESULTADOS DE 5 ANOS EM UM CENTRO REFERÊNCIA ONCOLÓGICA NO PARANÁ

<u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Andres Estremadoiro Vargas, Julia Goginski, Caroline Louise Balcewicz Dal Bosco, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Eduardo Da Cás, Raphaella De Paula Ferreira.

41- CIRURGIAS ESOFÁGICAS: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA NO PARANÁ

<u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Vinícius Basso Preti, Ewerson Cavalcanti Silva, Katrin Möbius Gebran, Kelre Wannlen, Caroline Louise Balcewicz Dal Bosco, Leticia Carlota Bonatto.

42- GASTRECTOMIA: RESULTADOS DE 5 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA NO PARANÁ

<u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Laila Pereira Schneider, Alessandra Möbius Gebran, Maria Julia Macedo Bonatto, Beatriz Martins Silveira Carrocini, Regina Maria Goolkate, Silvio Ivo Tésta.

- 43- Hepatectomia em metástases de carcinoma colorretal:estudo das complicações pós-operatórias e prognóstico em um centro de referência oncológica Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Luiz Arnaldo Szutan, Mauricio Alves Ribeiro, Gabriel Bernardo de Assis Galhardo, Ana Luisa Bettega, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Thatiane Litenski.
- 44- HEPATECTOMIA POR METÁSTASES NÃO COLORRETAIS: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA NO PARANÁ

<u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Luiz Arnaldo Szutan, Mauricio Alves Ribeiro, Dirceu Eduardo Teixeira Pinto, Vinicius eschin Maestri, Beatriz Martins Silveira Carrocini, Carlos Arai Filho.

45- NEFRECTOMIA PARA TRATAMENTO DE TUMOR RENAL: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA NO PARANÁ

<u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Jonatas Luis Pereira, Ronald Kool, Nickson Della Giustina, Thatiane Litenski, Danilo Bussyguin Saavedra, Vitoria Diana Mateus De Almeida Gonçalves.

46- CIRURGIAS PANCREÁTICAS: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA NO PARANÁ

<u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Cristiano Ontivero Pereira, Kelre Wannlen, Vitoria Diana Mateus De Almeida Gonçalves, Leticia Carlota Bonatto, Regina Maria Goolkate

47- PROSTATECTOMIA RADICAL: RESULTADOS DE 5 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA NO PARANÁ

<u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Jonatas Luis Pereira, Ronald Kool, Adrielle Lima Munhoz, Carlos Arai Filho, Gabriella Eduarda Jacomel, Eduarda Ferreira Matoso

48- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES QUE REALIZARAM REOPERAÇÕES NÃO PROGRAMADAS PÓS-LAPAROTOMIA

<u>Autores</u>: Phillipe Abre u-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Kennya Henriqueta de Carvalho, Camila Roginski Guetter, Thamyle Moda de Santana Rezende, Marcio Luciano Canevari Filho

49- ABORDAGEM E EVOLUÇÃO DE GANGRENA DE FOURNIER

<u>Autores</u>: Gabriela Longhi Reiner, Arthur Dellagiustina, Daniel Vignardi, Felipe Silva Klingelfus, Liriane Gomes Velho, Patrícia Soares Oliveira dos Santos, Vitor Bianchi Cruz

50- RETOSSIGMOIDECTOMIA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL: RESULTADOS DE 5 ANOS EM CENTRO ONCOLÓGICO NO PARANÁ

<u>Autores</u>: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Carla Simone Silva, Guilherme Augusto Polaquini, Thamyle Moda De Santana Rezende, Deisy Brigid De Zorzi Dalke, Danilo Bussyguin Saavedra, Maria Julia Macedo Bonatto

- 51- Síndrome do ligamento arqueado mediano: Relato de caso
 <u>Autores</u>: Kamilla Schmitz Nunes, Fernanda Bomfati, Henrique Eduardo de Oliveira, Ivam Vargas Martins da Silva, Gilberto Kremer
- 52- CONDUTA NO DIVERTÍCULO DE CECO, UMA ENTIDADE RARA

<u>Autores</u>: Nicholas Tavares Kruel, Thais Doin, Aldo Takano de Saudney, Tulio Garcia dos Santos, André Parizzi Mello, Nicolau Kruel

- 53- DIVERTICULO DE MECKEL, UMA SITUAÇÃO RARA E DE DIFICIL DIAGNOSTICO

 <u>Autores</u>: Felipe Silva klingelfus, Arthur O. Dellagiustina, Gabriela Longhi Reiner, Patricia S.O. dos
 Santos, André luiz Parizi Mello, Nicolau Kruel
- 54- LITIASE INTRA-HEPATICA TRATADA COM HEPATECTOMIA

 <u>Autores</u>: Luiz Henrique Rezende Pacheco, Marcelo de Araújo Viera Ângelo, Rita de Cassia Palma de Lima, Felix Reges Ojeda Rocha, Júlio Cesar de Luca Filho, Carlos Augusto Chede Rotolo
- 55- DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE PNEUMATOSE INTESTINAL:

 <u>Autores</u>: Nicholas Tavares Kruel, Thais Doin, Aldo Takano de Saudney, Tulio Garcia dos Santos,
 André Parizzi Mello, Nicolau Kruel Hospital Unimed da Grande Florianópolis
- 56- SÍNDROME DE BOUVERET

 <u>Autores</u>: Pedro de Castro Martins de Moraes, Nathan Henrique dos Santos, André Luiz Parizi
 Mello, Marcelo Borges Moreira. Marcos Tulio Silva
- 57- OBSTIPACAO INTESTINAL CRONICA DE ETIOLOGIA ATIPICA EM PRE-ESCOLAR <u>Autores</u>: Camila Girard Fachin, Leilane de Oliveira, Milena Santana da Conceição. TarikE. Salim, Carlos Antônio Riedl, André Ivan Bradley dos Santos Dias, Miguel Angel agulham

ANÁLISE DA INCIDÊNCIA E TEMPO DE APARECIMENTO DE COLELITÍASE EM PACIENTES SUBMETIDOS À GASTRECTOMIA VERTICAL

GABRIELE DA ROCHA DE SOUZA, FELIPE JOSÉ KOLESKI, FLÁVIO DE ALMEIDA PONCE, RINALDO DANESI PINTO, FERNANDO ROBERTO KLEIS JR, BEATRIZ STROBEL, SHEILA PICOLLI GARCIA e SULEINE SCHWANKE.

BLUMENAU - SC

OBJETIVO: Estabelecer a incidência e o tempo de aparecimento da colelitíase biliar pós gastrectomia vertical (Sleeve) e relacionar os fatores preditivos da doença biliar ao tempo da perda de peso após o procedimento bariátrico.

MÉTODOS: Estudo de Coorte retrospectivo, no qual selecionou-se, pacientes submetidos à gastrectomia vertical víp, operados de janeiro de 2012 a novembro de 2017. Os dados foram obtidos dos prontuários eletrônicos. Os exames de imagem foram realizados no pré-operatório e 1, 3, 6 e 12 meses após o procedimento quando sintomático. Considerou-se sintomático os pacientes com dor em andar superior do abdome, vômitos e/ou intolerância alimentar. Os fatores preditivos para o estudo foram: sexo, idade, peso inicial e pós-operatório, IMC pré e pós-operatório, peso ideal individual e excesso de peso individual, exames laboratoriais e omorbidades. Foram excluídos os pacientes submetidos à procedimento bariátrico com técnica operatória que não o Sleeve gástrico, pacientes já colecistectomizados, pacientes com colelitiase diagnosticada no pré-op, pacientes em que o tratamento da doença biliar não tenha sido atendido no mesmo serviço e pacientes com dados incompletos nos prontuários. As variáveis foram analisadas através da Estatística Descritiva e realizada pelo software Epilnfo, versão 7. O nível de significância foi p<0,05.

RESULTADOS: Dos 661 pacientes operados, foram excluídos do estudo 12,40% (n=82). Restaram 574 (86,83%) com vesícula biliar pré-operatória, ultrassonográficamente, normal, dos quais 17,07% (n=98) apresentaram colelitíase pós bariátrica. Desses, 87 (88,78%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 34,12 anos. A média de peso e de IMC antes da operação foram de 114,62Kg e 42,12Kg/m², respectivamente. A média de peso perdido e de IMC após 12 meses da operação foram de 34,55Kg e 29,41Kg/m², respectivamente. Com relação ao tempo de aparecimento da colelitíase, a média total foi de 12,57 meses. Esse tempo foi dividido em três períodos: 0 a 6 meses (27 casos), 7 a 12 meses (28 casos) e mais de 12 meses (43 casos), O peso total perdido foi de 3386,7Kg, sendo 2574,2Kg nos primeiros 6 meses.

CONCLUSÕES: A técnica operatória mostrou-se efetiva na maioria dos pacientes como resolução da obesidade mórbida. A taxa de desenvolvimento e o tempo de aparecimento de cálculos biliares ocorreu de forma similar a outros estudos. O tempo de aparecimento de colelitíase parece ter sido impactado pela redução do excesso de peso no período.

COMPARAÇÃO DE MARGENS DE SEGURANÇA TRANSOPERATÓRIAS COM MARGENS ANATOMOPATOLÓGICAS EM GASTRECTOMIAS POR CÂNCER GÁSTRICO

Gabriel Roman Souza, Flávia Cristina de Novaes, Wellington Fernandes e Danton Spohr Corrêa.

HU - UFSC - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA.

Objetivos: Avaliar a divergência entre a margem de segurança transoperatória, a margem a frio e as margens anatomopatológicas em pacientes submetidos a gastrectomia por câncer gástrico no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina entre 2016 e 2018. Além disso, avaliar fatores de risco para margens comprometidas e para alteração da diferença entre margens.

Métodos: Pacientes submetidos a gastrectomia com diagnóstico de câncer gástrico no Hospital Universitário entre 2016 e 2018, foram registrados em uma base de dados prospectiva, contemplando margem de segurança transoperatória e a frio medidas pelo cirurgião, além de margem macroscópica e microscópica mensuradas pelo patologista. A concordância entre as medidas das margens foi comparada por teste t pareado. Os fatores de risco para margens comprometidas foram avaliados usando o teste de chi-quadrado. Os fatores de risco para discordância entre margens foram analisados usando a análise de variância.

Resultados: Um total de 17 pacientes participaram do estudo. Foram obtidas as medidas de 17 margens proximais e 14 margens distais. A diferença média entre a margem de segurança transoperatória proximal com a margem a frio foi de 1,31 cm (95% IC = 0,46 a 2,16/p = 0,005), com a macroscópica 3,10 cm (95% IC = 1,47 a 4,72/p < 0,001) e com a microscópica 4,02 cm (95% IC = 2,49 a 5,54/p < 0,0001). Em relação a margem de segurança transoperatória distal com a margem a frio foi de 0,71 cm (95% IC = 0,3 a 1,11

/p = 0,004), com a macroscópica 2,13 cm (95% IC = 1,55 a 2,71/p < 0,00001) e com a microscópica 2,78 cm (95% IC = 1,96 a 3,61/p < 0,00001). Não houve fatores de risco associados com margens comprometidas ou diferença de margens no estudo. A prevalência de margens comprometidas foi de 23,52% (4/17), sendo 17,64% (3/17) proximais e 5,88% (1/17) distais. Margens com pelo menos 6 cm não apresentaram comprometimento. Margens proximais menores que 3 cm com invasão de serosa ou subserosa estiveram comprometidas em 66,7% dos casos.

Conclusões: Em pacientes submetidos a gastrectomia por câncer gástrico a margem proximal microscópica diferiu da margem de segurança em média por 4,02 cm (95% IC

= 2,49 a 5,54/p < 0,0001), sendo 60% menor, enquanto a margem distal microscópica diferiu da margem de segurança em média por 2,78 cm (95% IC = 1,96 a 3,61/p < 0,00001), sendo 44% menor. Margens de pelo menos 6 cm foram consideradas seguras. Em margens proximais menores de 3 cm com invasão de serosa ou subserosa, recomenda- se o uso do exame de congelação.

Esôfago negro: Um relato de caso.

Lucas Schultz Zago, Julia Carvalho Kozelinski, Thaís Doin do Nascimento, Matheus Zattar, Jessica Mayumi Okabe e Felix Ojeda.

1

HRSJ - SC

INTRODUÇÃO:

Necrose aguda do esôfago (NAE), ou "esôfago negro", caracteriza-se pelo enegrecimento circunferencial da mucosa do esôfago distal com parada abrupta na transição esofagogástrica. A etiologia é incerta, provavelmente multifatorial e aparecendo por uma combinação entre insulto isquémico, prejuízo da barreira mucosa e refluxo gástrico. Clinicamente manifesta-se como hemorragia digestiva alta (HDA), sendo a dor abdominal também referida. Sexo masculino, idade avançada e doenças sistêmicas como diabetes mellitus (DM), cardiovasculares, desuntrição, malignidades, insuficiência renal, trauma e tromboembolismo são fatores de risco.

RELATO DO CASO:

Paciente de 53 anos, masculino, tabagista, com DM, insulinodependente. Chega à emergência referindo episódios de hematêmese há cerca de 20 horas, associados à dor abdominal e anorexia. Negava uso de anti-inflamatórios, ingestão de substâncias químicas ou etilismo. Hemodinamicamente estável, hipocorado, com dor abdominal difusa à palpação e sem sinais de Na análise laboratorial apresentava Hb de 15,8 g/dL, leucocitose (20440/mm³), elevação de PCR (26 mg/L), uréia (87 mg/L), creatinina (1,9 mg/dL), glicemia (787 mg/dL). Gasometria arterial com pH 7,30 mmol/L, HCO₃ 13 mmol/L, PCO₂ 28 mm/Hg, B.E. -12 mmol/L e lactato de 4,5 mmol/L. O manejo clínico para cetoacidose diabética (CAD) foi instituído juntamente à terapia com inibidores da bomba de próton A endoscopia digestiva alta (EDA) revelou erosões e ulcerações compatíveis com processo isquêmico agudo nos terços proximais do esôfago e necrose superficial completa de toda a luz do órgão em seus oito cm distais, compatível com "esôfago negro". Apresentou melhora clínica e laboratorial durante a internação, sem sinais de novos Nova EDA no terceiro dia mostrou melhora significativa. Retorno após 30 dias com resultado de anatomopatológico mostrando processo inflamatório crônico e agudo erosivo. Novos laboratórios sem alterações e nova EDA com Esofagite erosiva distal - grau B de LA.

CONCLUSÃO:

Necrose aguda do esófago tem incidência de 0,01 a 0,2%. A mortalidade gira em torno de 30%, devido ao grau avançado das comorbidades associadas. Recentemente tem sido descrita uma associação importante entre "esófago negro" e CAD. O tratamento é destinado à terapia antiácida e ao controle das doenças de base. A intervenção cirúrgica reserva-se para complicações perfurativas resultantes em mediastinite ou abscessos.

HEMOBILIA CAUSADA POR COLECISTITE AGUDA COMPLICADA COM EROSÃO DA VEIA PORTA: RELATO DE CASO

Pacheco, L.H.R.; Mello, A.L.P.; Damo, L.; Linhares, C.B.; Fornasari, G.H.

HRSJ-SC

A hemorragia no trato biliar ocorre quando doença ou trauma produzem uma comunicação anormal entre os vasos sanguíneos e os ductos biliares, denominada hemobilia (Sandblom, 1948). Resultante de uma comunicação entre a vascularização hepática e o sistema biliar ductal, a hemobilia é uma das causas mais raras de sangramento agudo do trato gastrointestinal e, quando presente, geralmente é uma complicação de procedimentos que envolveram o trato hepatobiliar. ^{2,3} Mesmo tendo uma tríade clínica clássica descrita ainda em 1871 por Quincke, sendo sangramento gastrointestinal, cólica biliar e icterícia obstrutiva, seus sintomas e apresentação dependem da etiologia do sangramento.⁴ A colelitíase é uma das últimas causas de tal condição e, normalmente, traz o envolvimento da artéria cística. Os cálculos biliares podem causar sangramento profuso e hemobilia exsanguinante. 1 Está descrita na literatura a possibilidade de erosão de outros vasos adjacentes.⁵ O presente trabalho apresenta um caso de hemobilia na ocasião de uma colecistite aguda em que houve erosão da veia porta. Paciente do sexo masculino, 61 anos e 5 meses, foi atendido no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes com queixa de dor em queimação em hipocôndrio direito, de início há 3 dias, com evolução gradativa de intensidade, sem irradiação e associada a pirose, anorexia, náuseas e colúria, icterícia e eructações fétidas, além de dois episódios de hematêmese volumosa, relatados somente após a cirurgia. Ao exame físico, apresentava-se ictérico, FC = 58bpm, PA = 110/70 mmHg, sem sinais de peritonite, Murphy negativo, com hipocôndrio direito doloroso à palpação. Foi, então, internado para investigação de colecistite aguda. De relevância, os exames laboratoriais na admissão revelaram bilirrubina total = 4,84g/dL (BD = 3,51g/dL e BI = 1,33g/dL), GGT = 386U/L, TGO = 41U/L, TGP = 129U/L, leucócitos= 12.240 e, também, a tomografia computadorizada evidenciando vesícula biliar de paredes espessadas e irregulares, contendo cálculo na região infundibular associado a líquido perivesicular e realce nodular acentuado adjacente ao hilo hepático e à vesicula biliar, sugerindo a possibilidade de um pseudoaneurisma, e ausência de líquido livre. Todavia, o paciente evoluiu com queda do estado geral durante a madrugada, com palidez, bradicardia e hipotensão, sendo levado a laparotomia exploradora, que revelou hemoperitônio com hematoma subcapsular hepático com rompimento da cápsula de Glisson e sangramento ativo proveniente da veia porta para o interior da vesícula biliar com necrose da parede posterior e formação de hematoma hepático roto para cavidade abdominal. Foi realizada colecistectomia com ligadura da artéria cística e rafia da lesão na veia porta. O paciente apresentou grande instabilidade durante o procedimento, recebendo 6 litros de cristaloide e 3 concentrados de hemácias. A hemobilia é uma causa rara de icterícia obstrutiva, mas deve ser considerada no diagnóstico quando o paciente apresenta a tríade clássica descrita por Quincke. Esta progressão do quadro clínico e o acometimento da veia porta confirmam o elevado grau de dificuldade diagnóstica da patologia em questão, o que contribuiria para a possibilidade de um desfecho desfavorável, desfecho este que foi evitado devido à pronta indicação da abordagem cirúrgica, que possibilitou o diagnóstico transoperatório e o estabelecimento do tratamento adequado, com rafia vascular e colecistectomia.

Relato de Caso de Sarcoma Gigante de Retroperitônio.

Ivam Vargas Martins da Silva, Danton Spohr Correa, Joyce Marianna Capocci, Andressa Martini Faria Machado, Kamilla Schmitz Nunes, Fernanda Bomfati, Henrique Eduardo de Oliveira

HU - UFSC - DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Introdução: Os sarcomas retroperitoneais (SRP) são neoplasias malignas, localizadas no retroperitônio, provenientes da célula mesenquimal primitiva. Os SRP são incomuns e correspondem apenas 10 a 15% de todos os sarcomas. Tipicamente os SRP produzem poucos sintomas ou são assintomáticos, os pacientes procuram atendimento com tumores avançados, em média de 15 cm. A tomografia computadorizada é o exame de imagem para o diagnóstico e estadiamento. Biópsia percutânea está indicada no caso de dúvida.

Caso Clínico: CJM, 66 anos, masculino, procurou atendimento ambulatorial, queixando-se de aumento do volume abdominal e dispneia paroxística noturna, há 1 ano. Etilista e tabagista (1 maço/ano), história de hernioplastia inguinal bilateral há 12 anos. Ao exame físico: presença de volumoso abaulamento em flanco direito. TC Abdominal: Volumosa lesão expansiva de conteúdo predominantemente gorduroso, com imagens nodulares sólidas, com captação heterogênea, insinuando-se do retroperitônio direito para a região anterior do abdome, medindo cerca de 33,0x13,5x24,2 cm. Paciente foi submetido à biópsia percutânea guiada por TC que confirmou o diagnóstico. No intraoperatório identificou-se acometimento de rim e ureter proximal direitos, realizado ressecção tumoral em bloco com nefrectomia radical à direita. Durante cirurgia paciente apresentou instabilidade hemodinâmica por hemorragia, após lesão de veia cava inferior, respondendo a reposição volêmica, transfusão sanguínea e uso transitório de noradrenalina Paciente permaneceu por 4 dias na UTI para vigilância hemodinâmica, sem novos episódios de sangramento. Recebeu alta hospitalar no 14º dia de internação, assintomático, com função renal preservada. O Anatomopatológico mostrou: lipossarcoma bem diferenciado, medindo 40x28x11 cm, peso 8,5kg, margens da lesão comprometidas.

Discussão: Sarcoma Retroperitoenal é uma doença incomum e constitui um desafio para o cirurgião. A única terapia curativa da doença é a ressecção cirúrgica. O fator prognóstico mais importante é a radicalidade da cirurgia, independente do tamanho do tumor. A ressecção completa da lesão é obtida em cerca de 80% necessário a ressecção de órgãos adjacentes em 50 a 75% dos casos. Os órgãos mais comuns afetados são rins, ureteres e cólon. O acompanhamento pós operatório deve ser realizado com imagens seriadas devido a altas taxas de recidiva da doença

Relato de Caso de Leiomioma de Ligamento Uterino: Raro Diagnóstico Diferencial de Hérnia Inguinal

Ivam Vargas Martins da Silva, Samuel Josias Bizerra Calderon, Vinicius Stringari, Andressa Martini Faria Machado, Kamilla Schmitz Nunes, Fernanda Bomfati, Henrique Eduardo de Oliveira

HU - UFSC

Introdução: Leiomioma é o tumor ginecológico mais comum, com prevalência de 20 a 30% entre as mulheres. Entretanto, Leiomiomas acometendo Ligamento Redondo Uterino são bastante raros. Podem se manifestar em qualquer parte do trajeto do ligamento e dois terços tem localização extra-peritoenal. Apresentamos aqui caso clínico de paciente de 34 anos, portadora de Leiomioma de Ligamento Redondo a Direita manifestando-se como abaulamento em região inguinal simulando hérnia inguinal.

Caso Clínico: CN, 34 anos, G1P1AO, sem comorbidades prévias, procurou atendimento médico queixando-se de desconforto e abaulamento irredutível, em região inguinal direita, que iniciou após parto cesáreo, com crescimento progressivo e evolução de cerca de 6 meses. Realizado Ultrassonografia de região inguinal direita para elucidação diagnóstica a qual evidenciou presença de Hérnia Inguinal Direita, sendo então indicado abordagem cirurgica. Paciente submetida à inguinotomia transversa a direita, identificado em subcutâneo, massa tubular, com cerca de 20 cm de comprimento, 5 cm de diâmetro, bem delimitada, consistência fibroelástica. Após ressecção do tumor, verificou-se ausência de protrusão ou abaulamento em canal inguinal, com anel inguinal externo integro. Paciente recebeu alta no segundo dia de internação, assintomática, sem queixas. Peça encaminhada anatomo patológico: segmento irregular de tecido pardo-acizentado, macio e elástico medindo 17x6x5 cm e pesando 195g, leiomioma de ligamento redondo.

Discussão: Dentre os principais diagnósticos diferenciais de dor e desconforto em região inguinal destacam-se hérnia inguinal, hérnia femoral, torção testicular, epididimite, hidrocele, varicocele, neoplasias de partes mole e em mulheres, principalmente grávidas, tumores de ligamento redondo. Apesar da investigação e realização de USG para diagnóstico diferencial da causa de abaulamento e dor em região inguinal, o diagnóstico foi firmado apenas no pós operatório com resultado do anatomopatológico. Apesar de ser uma doença rara, há alguns relatos na literatura de casos em que o diagnóstico só foi elucidado após abordagem cirurgica. O tratamento de Leiomioma de ligamento Redondo é a excisão cirúrgica, e as pacientes com abaulamento inguinal com dúvida diagnóstica devem ser submetidas ao procedimento cirúrgico.

ÍLEO BILIAR – RELATO DE CASO

Marcelo de Ávila Javornik, Marina Maia, Sarah Karolina de Lima Tavares, André Luiz Parizi Mello, Marcelo Borges Moreira e Marcos Tulio Silva.

HOSPITAL FLORIANOPOLIS

Objetivo: Relatar um caso incomum de paciente com complicação de colecistite crônica com formação de fístula enterobiliar e obstrução intestinal por cálculo biliar volumoso.

RELATO DE CASO: Paciente M.V.M.S., do sexo feminino, com 87 anos de idade, admitida no Hospital Florianópolis, em Florianópolis, Santa Catarina, apresentou-se com queixa de dor abdominal com quatro dias de evolução, de forte intensidade, com caráter difuso, associada a vômitos, parada de eliminação de gases e fezes e distensão abdominal. Na história mórbida pregressa relatou hipertensão arterial sistêmica e colelitíase.

Ao exame físico apresentava-se com regular estado geral, normocorada, afebril, anictérica, pressão arterial 160/60mmHg, frequência cardíaca de 62 bpm e saturando 97% em ar ambiente. O abdome estava distendido, ruídos hidroaéreos presentes, hipertimpanismo difuso e doloroso a palpação difusa, porém sem sinais de irritação peritoneal. Realizado toque retal, que constatou ausência de fezes em ampola retal. Os demais sistemas não apresentavam alterações ao exame físico.

Os exames complementares apresentavam: A) Hemograma - hematócrito 33%, leucócitos 9.222/mm³; B) Creatinina - 2,80; C) Potássio - 5,51. Radiografía de abdome evidenciando níveis hidroaéreos por todo intestino delgado. Tomografía computadorizada de abdome demonstrando aerobilia, vesícula biliar com gás em seu interior e cálculo biliar volumoso em íleo distal sugerindo diagnóstico de íleo biliar.

A paciente foi internada para ser submetida à laparotomia exploratória de urgência. No ato operatório foi realizada a mobilização do cálculo impactado no íleo terminal em direção proximal, enterotomia a 50cm da válvula íleo-cecal com a retirada do cálculo, e enterorrafia com PDS 3-0 em 2 planos de sutura.

O ato operatório não teve intercorrências. A paciente foi admitida em leito de UTI com sinais vitais estáveis, mas desorientada no tempo e espaço. Evoluiu com hipotensão (PAM 48-77) e delirium hipoativo no 1º dia pós-operatório. No 2º dia pós-operatório apresentou piora do quadro clínico, evoluindo para choque cardiogênico refratário ao uso de drogas vasoativas, culminando com o óbito.

CONCLUSÃO: O Íleo biliar apresenta baixa incidência, porém alta comorbidade e mortalidade. Trata-se de complicação da colecistite aguda recorrente e deve ser lembrado quando o paciente possui histórico de colelitíase e não realizou manejo cirúrgico.

Como o quadro se apresenta geralmente em idosos, a presença de múltiplas comorbidades dificulta o manejo deste paciente, tendo o cirurgião a necessidade de avaliar o estado geral do paciente para, assim, optar pelo tratamento mais adequado

SÍNDROME DE HAMMAN – RELATO DE CASO

Letícia Possamai Leite Oliveira, Nathan Henrique dos Santos, Thais Doin do Nascimento e Carlos André Bastian.

HRSJ – SC

Introdução: pneumomediastino é uma entidade clínica caracterizada pela existência de ar no espaço mediastinal. Pode ser classificado como espontâneo ou secundário. O pneumomediastino espontâneo ou síndrome de Hamman é uma entidade clínica rara, sem etiologia aparente, com maior prevalência em homens jovens, com média de idade entre 17 e 25 anos. O quadro clínico pode ser composto por dor torácica como principal sintoma. O enfísema subcutâneo com ou sem crepitação palpável é o sinal mais comum, podendo o paciente apresentar o chamado Sinal da Hamman, marcado pela presença de crepitação na ausculta cardíaca. Os exames de imagem mais utilizados são a radiografia de tórax e a tomografia computadorizada de tórax, sendo esta o padrão ouro para o diagnóstico da síndrome. Normalmente, a evolução do pneumomediastino espontâneo é benigna e autolimitada, empregando-se tratamento conservador seguido de acompanhamento clínico. Relato de caso: apresentamos um caso raro de síndrome de Hamman em um jovem de 15 anos, que deu entrada na emergência de outro serviço com queixas de dispneia, disfagia e aumento do volume cervical, sendo evidenciado enfisema subcutâneo extenso. O paciente negava história de trauma torácico ou cervical recente ou outros episódios prévios semelhantes a esse. O paciente foi transferido ao nosso serviço, sendo diagnosticado com Síndrome de Hamman após exclusão de causas secundárias. Foi realizado tratamento conservador com boa evolução. Conclusão: apesar de rara, é importante o reconhecimento desta síndrome nas salas de emergência, evitando-se técnicas invasivas desnecessárias e o correto

Trombose Porto-Mesentérica pós Gastrectomia Vertical Laparoscópica

FELIPE JOSÉ KOLESKI, FLÁVIO DE ALMEIDA PONCE, RINALDO DANESI PINTO, FERNANDO ROBERTO KLEIS JR, LENIN DE LIMA RODRIGUES. SHEILA PICOLLI GARCIA e SULEINE SCHWANKE

BLUMENAU - SC

Introdução

Obesidade é uma doença que triplicou desde 1975 ¹. No Brasil a obesidade cresceu 60% de 2006 a 2016 ². Isso acarretou em um aumento no número de cirurgias bariátricas no Brasil. A Gastrectomia vertical laparoscópica é um dos procedimentos mais realizados no país. Ela apresenta uma taxa total de complicações de 13% ³. Complicações graves como fístulas proximais em 4,9% e sangramento da linha de grampeamento em 2,4% ³. Uma das complicações graves é a trombose porto-mesentérica. Com uma incidência aproximada de 0,39% ⁴.

Apresentação do Caso

Caso 1

ZPM, 43 anos. Submetida a GVL recebeu alta no 2º pós operatório conforme protocolo. No 37º PO retornou ao hospital com quadro de dor abdominal. Realizou-se tomografia de abdôme na qual foi evidenciado trombose de veia mesentérica e iniciado tratamento com Heparina não-fracionada (HNF) em dose plena.

Encaminhada a UTI para acompanhamento da anticoagulação. Solicitado TTPA de 6 em 6 horas. Iniciado dieta liquida fracionada para gastroplastia.

Recebeu alta da UTI no segundo dia de internação e iniciado anticoagulação oral. Alta no sexto dia de internação.

Caso

JL, 33 anos. Submetida a GVL recebe alta no 2º pós operatório conforme protocolo. Retorna no 12º PO com queixa de dor abdominal e náuseas. Realizada tomografia de abdôme diagnosticouse trombose da veia porta e esplênica.

Iniciado anticoagulação com Heparina de baixo peso molecular (HBPM) 80mg de 12/12 horas. No mesmo dia associado warfarina via oral e realizado diariamente acompanhamento da evolução de INR até a meta de 2 a 3.

Paciente recebeu alta no sétimo dia de internação.

Conclusão

A trombose porto-mesentérica é uma complicação incomum, porém potencialmente fatal. Existe um aumento da incidência dessa doença associada a GVL. Isso pode ser explicado pela manipulação dos vasos gástricos curtos, hidratação e processo inflamatório local. Com o aumento do número de GVLs realizadas ela deve ser um diagnóstico provável nos casos de complicações pós-operatórias e o tratamento iniciado o mais precocemente diminuindo as complicações e óbitos.

9

HÉRNIA TRAUMÁTICA DE PAREDE POSTEROLATERAL DO ABDOME DEVIDO A TRAUMA CONTUSO — RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Renata de Fáveri Mattei, Bruna Fraga Mezari, Marina Porto Marguti, Jorge Francisco de Assis Paulino, André Luiz Parizi Mello. Marcos Tulio Silva. Robson Pereira do Amaral e Orli Franzon.

HRSJ – SC

Resumo

A hérnia traumática de parede abdominal é uma forma rara de hérnia, apresentando incidência de 1% de todas as internações relacionadas a trauma contuso. Seu diagnóstico é desafiador, principalmente na fase aguda, porém com o auxílio de métodos de imagem como a tomografia computadorizada, houve um aumento de pacientes diagnosticados com este tipo de hérnia. Este relato descreve o caso de um paciente de 32 anos, admitido na emergência após queda de altura de aproximadamente 10 metros, colidindo sobre uma empilhadeira e após ao chão. Atendido conforme protocolo do ATLS, o paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, com achado ao exame físico de dor à palpação de flanco direito e deformidade em fossa ilíaca. Realizado busca ativa de lesões através de tomografia computadorizada, tendo como achados abdominais lacerações no lobo hepático direito associadas a discreto hemoperitônio, hematoma traumático de adrenal a direita e uma hérnia na parede abdominal posterolateral direita na região do flanco contendo o cólon ascendente. Observou-se ainda fratura dos pedículos da 2ª vertebra cervical associada a anterolistese entre C2 e C3 graus I/II, fratura da margem superior do corpo vertebral de C3 à esquerda e fraturas dos processos transversos direitos das vertebras L1, L2, L3, L4 e L5 em coluna lombar. Foi levado à cirurgia, onde se realizou sutura do musculo obliquo interno e externo na crista ilíaca e fixação de tela de polipropileno 15x10cm sobre os mesmos, com reinserção do músculo glúteo máximo sobre a tela. O paciente evoluiu de maneira favorável, com alta hospitalar no décimo quarto dia. Como conclusão pode-se observar que a hérnia de parede abdominal traumática é considerada uma forma de complicação rara no trauma contuso. Entretanto, devido a intensidade da lesão, pode estar associada a outras lesões de órgãos intra-abdominais ou fraturas ortopédicas. Podendo ainda complicar com o encarceramento de uma alça intestinal ou outras vísceras, levando a lesões mais graves, se não abordada incialmente. Por isso, apesar da forte suspeita ao exame clinico, realizar complementação da investigação com exame de imagem como busca ativa de lesões associadas, auxilia no manejo mais adequado e decisão da abordagem imediata ou optar-se por tratamento

11

Obstrução intestinal devido à hérnia em incisão de derivação ventriculoperitoneal

Marcos Tulio Silva, Fabrícia Daniela Martins Almeida, Ingrid Carla Santos, Nicoly Buratto Venson, Nicolau Kruel,

HRSI - UNISUI - SC

INTRODUÇÃO - A derivação ventriculoperitoneal (DVP) é um procedimento comum para tratar hidrocefalia que visa diminuir a pressão intracraniana ao desviar líquido cefalorraquidiano para a cavidade abdominal. As complicações associadas a esse procedimento podem envolver infecção, obstrução e drenagem excessiva¹. A hérnia em DVP é incomum por ser uma pequena incisão². Hérnias são definidas como protrusão de conteúdo abdominal através de seu local habitual, por orifício natural ou causado por intervenção. A presença de estrangulamento do segmento intestinal dentro do saco herniário constitui-se quadro de obstrução intestinal^{3,4}. RELATO DE CASO - S.A.S, masculino, 61 anos, comparece à emergência do Hospital Regional de São José no dia 12/09/2017 conduzido pela família com queixa de dor abdominal e vômitos fecalóides. A história foi colhida integralmente com os familiares. Foi relatado que há 7 dias ele havia parado de eliminar gases e fezes e apresentou vômitos alimentares. Há 3 dias evoluiu com dor abdominal e, há 1 dia, com vômitos fecalóides. Sobre outros aparelhos e sistemas, referem que o paciente está com suspeita de neoplasia pulmonar, em investigação de metástases de SNC, sendo que o cateter de DVP foi colocado em 20/07/2017. Quanto a sua história mórbida, é extabagista, hipertenso e teve acidente vascular cerebral em 2011 com sequela motora, cognitiva e disartria. Ao exame, regular estado geral, fáscies de dor, lúcido, orientado, ictérico, desidratado ++/4, hipocorado ++/4, resposta verbal pouco compreensível. Abdome com cicatriz transversa (DVP) em flanco direito com abaulamento visível, RHA abolidos, flácido, indolor à palpação ou à descompressão brusca, com massa palpável de consistência fibroelástica logo abaixo da cicatriz. Timpanismo aumentado difusamente. Hemiparesia esquerda grau 4. Exames de imagem apontaram a presença de obstrução intestinal com presença do cateter de DVP no interior da hérnia encarcerada. 2 dias depois, com melhora no quadro, foi encaminhado ao centro cirúrgico. Não havia evidências de sofrimento de alças, sendo realizada hernioplastia com colocação de tela para reforço de parede abdominal sem intercorrências.

CONCLUSÃO - A colocação de cateter de DVP não costuma estar associada a herniacoes, por possuir uma incisão considerada pequena. Apesar disso, diante de quadro de abdome agudo obstrutivo, sempre deve ser avaliada a possível presença de hérnias incisionais.

10

PERITONITE PNEUMOCÓCICA PRIMÁRIA EM MULHER JOVEM – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Renata de Fáveri Mattei, Gabriel de Fáveri Saccon, Marina Porto Marguti, Jorge Francisco de Assis Paulino, André Luiz Parizi Mello, Edson Rogerio Fedrizzi, Robson Pereira do Amaral e Orli Franzon

HRSJ – SC

Resumo

A forma de peritonite causada por Streptococcus pneumoniae é rara, encontrada em uma pequena porcentagem dos casos de peritonite primária, porém apresenta importante morbidade, necessitando de tratamento antibiótico adequado e em alguns casos, intervenção cirúrgica. Em mulheres adultas saudáveis é muito raro, tendo-se como fatores de risco a ascensão bacteriana a partir de uma infecção previa no trato genitourinário, como em pós-parto, após procedimentos ginecológicos ou associado ao uso prolongado de dispositivo intrauterino (DIU). Este relato descreve um caso de um paciente feminino, previamente hígida, com dor abdominal iniciada há 1 mês, e piora progressiva nos dois últimos dias. Apresentava diarréia, vômitos e febre. Histórico de parto vaginal há 5 meses, negando uso de DIU. Ao exame físico, encontravaem bom estado geral, afebril, 120 batimentos cardíacos por minuto e pressão arterial de 93x59mmHg, abdome distendido, doloroso difusamente, sem sinais de irritação peritoneal e exame ginecológico normal. No exame laboratorial, evidenciou-se 12930 leucócitos/mm3, proteína C reativa de 140mg/L e parcial de urina sem particularidades. Foram coletadas culturas e iniciado Ceftriaxone e Metronidazol empiricamente. A tomografia computadorizada de abdome mostrava volumosa quantidade de líquido loculado, relacionado com a pelve e abdome anterior, restrito ao grande omento. Encaminhada a laparotomia exploradora, identificando-se grande quantidade de secreção purulenta na porção anterior do abdome, com drenagem de aproximadamente 4L, sem sinais de perfuração de vísceras, peritonite fecal ou outras alterações macroscópicas. A cultura da secreção coletada evidenciou crescimento de S. pneumoniae. Hemoculturas e uroculturas negativas. A paciente evoluiu de forma favorável no pós-operatório, com melhora clinica e laboratorial progressiva, recebendo alta hospitalar após 15 dias de internação. Em conclusão, observa-se que a peritonite primária causada por S. pneumoniae em mulheres jovens saudáveis deve ser investigada principalmente com suspeita de causas relacionadas a infecção do trato genitourinário. O diagnóstico e manejo com tratamento antimicrobiano adequado são de grande importancia para o sucesso da evolução do quadro, sendo necessária busca ativa de locais de infecção primária e descartar fatores para peritonite secundária, que seriam causas mais comum de infecção intra-abdominal.

Polipose Adenomatosa Familiar: um relato de caso

Joana Buratto, Fabrícia Daniela Martins Almeida, Tatiana Fragomeni Mortensen, Lucas Paegle, Nicolau Kruel,

HRSJ - UNISUL - SC

Introdução: Descrita por Menzelio em 1721, a Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença autossômica dominante causada por uma mutação germinativa do gene APC (Polipose adenomatosa coli) com penetrância de quase 100%. É caracterizada pela presença de múltiplos adenomas de cólon e afeta igualmente ambos os sexos. Os adenomas começam a aparecer precocemente, ainda na 2º década de vida, enquanto que os sintomas gastrointestinais surgem por volta dos 30 aos 40 anos de idade. Se estes doentes não forem submetidos a colectomia ou proctocolectomia profilática, a patologia progride para carcinoma colorretal (CCR). Indivíduos acometidos podem apresentar manifestações extracolônicas relacionadas, incluindo doenças malignas extraintestinais e devem ser acompanhados mesmo após o tratamento cirúrgico. Relato de caso: M.H.S., masculino, 39 anos, pintor, deu entrada na emergência do Hospital Regional de São José (HRSJ) com queixa de diarreia e fraqueza. Os sintomas haviam iniciado há 1 ano, com piora há 5 meses. Apresentava astenia e frequência evacuatória de até 15 vezes ao dia. Fezes aquosas ou de consistência pastosa, enegrecidas, sem pus. Havia perdido 6 kg desde o início do quadro e relatava história familiar de diarreia crônica. Ao exame físico encontrava-se hipocorado e desidratado e aos exames laboratoriais apresentava anemia importante, hiponatremia e hipopotassemia. Foi submetido a uma colonoscopia, a qual evidenciou inúmeros pólipos sésseis de tamanhos variados e o laudo anatomopatológico apontou adenoma tubular e displasias de baixo e alto graus. O quadro clínico, a história familiar e da doença atual bem como os exames complementares levaram ao diagnóstico de Polipose Adenomatosa Familiar e o paciente foi submetido a colectomia. Conclusão: O diagnóstico desta patologia permite o adequado tratamento e acompanhamento do paciente e de suas famílias, já que se trata de uma doença genética hereditária. A identificação e acompanhamento rigoroso permitem que pessoas acometidas sejam inseridas em programas de vigilância-tratamento efetivos na redução dos índices de evolução para CCR e outras manifestações malignas. Estar atentos aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes e não desprezar suas queixas permite identificar e tratar adequadamente suas patologias e de suas famílias.

13

VOLVO DE SIGMOIDE RECIDIVANTE COM RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA ASSOCIADO A MEGACÓLON ADQUIRIDO:

Vanessa de Souza Martins¹, Maria Fernanda Nicolau¹, Indiana Meincheim¹, Luan Silva Gonçalves¹, Orli Franzon², André Luiz Parizi Melo², Pedro de Almeida Araújo², Nicolau Kruel³

O volvo de sigmoide é definido como a torção axial de uma alça intestinal sobre sua fixação mesentérica, num ângulo maior que 180 graus e com obstrução total ou parcial de seu lúmen, tratando-se de uma emergência cirúrgica¹. É a terceira causa mais comum de obstrução colônica nos Estados Unidos da América, atrás somente do câncer de colo e da diverticulite, somando aproximadamente 2-5% dos casos de obstrução do intestino grosso²

RELATO DE CASO: EEGP, sexo feminino, 67 anos, natural e procedente de Florianópolis, foi atendida no serviço de emergência cirúrgica do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes relatando dor abdominal há 3 dias, de caráter difuso e em cólica. Mantêm eliminação de gases e fezes. Nega perda ponderal, náuseas, vômitos, febre ou alterações urinárias. G9P9A0. História mórbida pregressa de hipertensão arterial sistêmica, transtorno depressivo maior e realização de laparotomia por quadro de obstrução intestinal por volvo de sigmoide há 9 meses. Em uso de propranolol 40mg, AAS 100 mg, amitriptilina 25mg e fluoxetina 20mg. Nega alergias medicamentosas. Sem outras queixas

Na admissão foram solicitados exames laboratoriais, apresentando Hemoglobina 10,9; Hematócrito 31,8%.

Na tomografia computadorizada há ausência de líquido livre. Grande quantidade de resíduos fecais nos segmentos colônicos. Aparente espessamento parietal indeterminado do sigmoide médio, por aproximadamente 12 cm.

O manejo do volvo de sigmoide inclui a correção da obstrução e a correção de novos episódios. O tratamento consiste em medidas cirúrgicas e não cirúrgicas. Há a opção de se utilizar de sigmoidoscopia ou colonoscopia com tubo flexível para distorção do colo., sendo contraindicada esta técnica na presença de gangrena de colo. Os riscos do procedimento são perfuração e síndrome da reperfusão de região necrosada⁷. O tratamento por colonoscopia tem um índice de recorrência de 40-50%. Atualmente o padrão ouro a se considerar para o tratamento do volvo de sigmoide é a ressecção cirúrgica seguida de anastomose livre de tensão, termino-terminal¹ Caso haja comprometimento da viabilidade do cólon, opta-se pela cirurgia à Hartmann⁷, a qual compreende lavagem da cavidade abdominal, ressecção de colo sigmoide com realização de colostomia proximal em flanco esquerdo e fechamento do coto distal. Este procedimento foi realizado neste paciente e evoluiu bem, com alta hospitalar após uma semana.

Úlcera de Cameron - relato de caso e revisão de literatura

Thaís Doin do Nascimento, Renan Doin do Nascimento, Lucas Schultz Zago, Julia Carvalho Kozelinski, Matheus Machado Lopes Zattar, Letícia Possamai Leite Oliveira, André Luiz Parizi Mello, Marcos Tulio Silva

HRSI - SC

INTRODUÇÃO: A ulcera de Cameron é caracterizada por erosões ou ulcerações lineares na mucosa gástrica no nível do hiato diafragmático em pacientes com hérnia de hiato¹. A patogenia dessas lesões ainda não é muito bem definida, porém algumas etiologias foram descritas, como trauma mecânico do estômago ao nível do hiato diafragmático, injúria p ácidos e isquemia^{3,4}

A prevalência de ulcera de Cameron é de aproximadamente 3,3%, podendo atingir até 12,8% nas hérnias volumosas >5 cm ³. Ocorre mais frequente no sexo feminino e na faixa etária média de 67 anos⁴. Em pacientes com sangramento obscuro ou deficiência de ferro o achado endoscópico de lesões de Cameron tem prevalência variando de 1,9 a 9,2%^{4.} Clinicamente, se manifesta principalmente através de sangramento oculto e anemia, sendo menos frequente a evidência de hemorragia digestiva, como no caso descrito^{3,4}. Achados endoscópicos como eritema, equimose e edema podem acompanhar as lesões de Cameron⁴. O tratamento inicial empírico preconiza estabilização hemodinâmica do paciente com reposição volêmica e transfusão, visando nível de hemoglobina >7, além de inibidores de bomba de prótons (IBP) endovenoso⁵. Na maioria dos casos, o tratamento com IBP e suplementação de ferro é efetivo. Em casas de sangramento refratário, hemostasia endoscópica pode ser realizada⁴. A indicação cirúrgica de correção da hérnia hiatal se limita a pacientes com sintomas de DRGE refratárias, hérnias mistas ou de grande volume³. CASO CLÍNICO: Paciente de 73 anos, feminina. Foi trazida por ambulância à emergência do

Hospital Florianópolis por hematêmese há 15 dias, último episódio no dia do atendimento, associada à epigastralgia e pirose. História prévia de doença ulcerosa péptica, além de HAS e DM em tratamento, em uso de AAS, Metformina e Losartana.

Encontrava-se em regular estado geral, lúcida, orientada, hidratada e corada. Sinais vitais estáveis, sem sinais de instabilidade hemodinâmica, exame abdominal sem dor a palpação ou sinais de irritação peritoneal.

A análise laboratorial inicial evidenciava anemia normocítica normocrômica (hemoglobina 6,4g/dL), demais exames dentro dos limites da normalidade.

Realizada reposição volêmica através de transfusão de 2 concentrados de hemácias com aumento da hemoglobina para 9,2g/dL, além de Omeprazol 40mg EV 12/12h. Solicitada endoscopia digestiva alta (EDA) que apresentou hérnia hiatal volumosa de 5 cm com úlcera de Cameron de 2 cm Forrest IIB e esofagite erosiva grau A de Los Angeles. A paciente apresentou melhora clínica e laboratorial durante a internação apenas com tratamento clínico, sem novos episódios de sangramento digestivo. Recebeu alta com IBP e encaminhamento para serviço de cirurgia geral para posterior tratamento cirúrgico da hérnia hiatal.

CONCLUSÃO: A úlcera de Cameron é uma patologia pouco prevalente, associada a pacientes que apresentam hérnia hiatal. A avaliação adequada através de endoscopia digestiva alta deve ser realizada para que a doença não seja subdiagnosticada e para que possa ser iniciado o tratamento específico. Na maioria das vezes, apenas o manejo clínico é suficiente, sendo necessária a intervenção cirúrgica de emergência apenas em casos refratários.

14

Pseudocisto pancreático

Indianara Meincheim, André Felipe Amaral Silva, Vanessa de Souza Martins, Luan Silva Gonçalves, André Luiz Parizi Melo, Orli Franzon, Pedro de Almeida Araújo, Nicolau Kruel.

HRSJ - UNISUL - SC

Introdução: Pseudocistos são coleções de fluidos peripancreáticas com parede bem definida, que eventualmente podem encontrar-se no parênquima, provenientes de complicação do quadro de pancreatite, os pseudocistos ocorrem em 16 a 50% dos casos de pancreatite aguda e em 20 a 40% das pancreatites crônicas. Apresentam incidência de 1,6 a 4,5/100.000 habitantes/ano, sendo mais comum em homens (3:1 H:M) e entre a guarta e guinta década de

Relato de caso: Paciente masculino, 50 anos de idade, natural e procedente de Florianópolis, atendido no ambulatório de cirurgia geral do Hospital Regional de São José (HRSJ) e encaminhado à emergência cirúrgica do mesmo local para internação. Referiu que há 3 meses apresentou episódio de pancreatite aguda biliar com tratamento conservador no Hospital Florianópolis e posterior alta para acompanhamento na UBS. Desde então, iniciou com um quadro de dor abdominal difusa, sendo mais evidente em flanco esquerdo, associado a distensão abdominal, episódios diarreicos sem produtos patológicos, náuseas pós-prandiais, inapetência e perda ponderal de 20kg até o momento Referia ter como comorbidades diabetes mellitus tipo 2 e Hipertensão Arterial Sistêmica. Fazia uso irregular de metformina e antihipertensivos. Era ex-tabagista (60 maços.ano) e consumia, em média, 2 a 3 latas de cerveja por dia. durante 20 anos.

Ao Exame Físico: Abdome globoso, flácido, RHA+, dor à palpação de flanco E e à palpação profunda em ponto cístico

Colangioressonância (19/07/18): Fígado com morfologia, contornos e dimensões normais. Ausência de dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Vesícula biliar normodistendida. apresentando conteúdo levemente heterogêneo. Veia porta pérvia, com calibre e trajeto usuais. Formação cística na topografia do pâncreas medindo 22,4 x 13,0 x 21,8 cm, com volume estimado em cerca de 3300 ml. Aos exames laboratoriais da admissão apresentava PCR: 17.16; Glicemia de jejum: 203; Hemoglobina: 11,3; Hematócrito: 34; Leucócitos: 4000; Plaquetas 142000; Na⁺: 138; K⁺:4,5; Ureia: 34; Creatinina: 0,73; TAP: 32; RNI: 1,08; Proteínas totais: 6,9; Albumina: 3,8; Amilase: 34; GGT: 15: FA: 18; AST: 11; ALT: 6; PU: Glicosúria ++ Avaliação cardiologia: Baixo risco cardiovascular. Evolução clínica: quadro persistente de dor, principalmente em Hipocôndrio esquerdo (HE), enrijecimento de parede em região epigástrica, HE e HD. Sem outras queixas. Os diagnósticos diferenciais, além de pseudocisto pancreático, eram neoplasia císitca mucinosa, neoplasia cística serosa e neoplasia papilar intraductal mucinosa

Descrição da gastrocistoanastomose: Realizada incisão da parede anterior de corpo gástrico seguindo curvatura, abertura da parede posterior gástrica com saída de grande quantidade de líquido pancreático e debris, proveniente do pseudocisto; Passagem de Stappler linear GIA azul 80 entre a parede posterior do estômago e parede anterior do pseudocisto.

Discussão: Até 40% dos pseudocistos apresenta regressão espontânea, não necessitando de abordagem cirúrgica. Os exames de imagem como ultrassonografia transabdominal, tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética com contraste são úteis para definição da coleção e auxiliam na determinação da abordagem para a terapêutica. O paciente apresentou evolução favorável após a abordagem

Síndrome da úlcera solitária do reto: Relato de Caso

Maurício Correa; Raquel Bittencourt Catto; Ana Carolina Bathelt Fleig; João Victor Borges Mendes; João Francisco Petry; João Augusto dos Reis Guerra; Yara Fernanda de Souza Nero; Nathália Luiza Ferri Bonman

BLUMENAU - SC - Hospital Santa Isabel

Introdução: A Síndrome da Ulcera Solitária do Reto (SUSR) é uma doença benigna caracterizada por uma combinação de sintomas, cahados clínicos e anormalidades histológicas. A prevalência estimada é 1/100.000 pessoas ao ano. Dentre os fatores de risco da doença, os principais relatados são: prolapso retal e constipação, seja aguda ou crônica. O quadro clínico pode se apresentar com descarga mucosa e/ou sangemento retal, dor abdominal, constipação, sensação de defecação incompleta e prolapso retal. O diagnóstico é feito por colonoscopia com biópsia. O tratamento é baseado na sintomatologia e gravidade do quadro Relato de casos IMC., 7 2 anos, feminian. Comorbidades: dislipidemia, hipotireoidismo, depressão. Relata quadro prévio de colite isquémica em acompanhamento. Paciente é admitida em pronto standirento hospitalas anás enjeditos de entergravala. Após estabilização (inicia foi

Relato de caso: M.C., 72 anos, feminina. Comorbidades: dislipidemia, hipotrieodismo, depressão. Relata quadro prévio de colite isquémica em acompanhamento. Paciente é admitida em pronto atendimento hospitalar após episódios de enterorragia. Após estabilização clínica, foi submetida à colonoscopia que evidenciou extensas ulcerações friveis com promeio que estão presentes em reto distal, poupando reto médio e reiniciam em sigmoide. No sigmoide médio observou-se redução da luz com subestenose inflamatória com componente librótico associado, laudado como proctolite isquémica com subestenose de sigmoide. A biópsia evidenciou lesão ulcerativa transmural. Anatomopatológico: colite aguda compatível com colite isquémica focal. O tratamento de escolha foi retossigmoidectomia aberta com colectomia à Hartmann. No pós-operatório, a paciente evolului com trombose venosa profunda e, após manejo, recebeu alta hospitalar. Retornou no 11º dia pós-operatório devido à deiscência de aponeurose e infecção em ferida o peratória, necessitando de ressutura de parede e antibioticoterapia. Apresentou melhora clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar.

Conclusão: Apesar de conhecida, a SUSR é facilmente mal diagnosticada. Seu diagnostico geralmente é feito com base na sintomatologia, resultados colonoscópicos e histológicos. Os achados do caso, tanto quanto colonoscópios, condizem com Síndrome da Ulcera Solitária do Reto.

Ruptura Traqueal latrogênica: Relato de Caso

Raquel Bittencourt Catto; Ana Carolina Bathelt Fleig; João Victor Borges Mendes; Yara Fernanda de Souza Nero; Nathália Luiza Ferri Bonmann; Marina Frandoloso; Rafael Gadens; Elle Rovaris Machado

BLUMENAU - SC - Hospital Santa Isabel

Introdução: Ruptura iatrogênica de traqueia (RIT) é uma condição rara potencialmente fatal. Ocorre comumente após procedimentos como intubação orotraqueal (IOT) ou traqueostomia. A prevalência de RIT na última década é estimada entre 0,05 e 0,37%, principalmente entre mulheres. Sua severidade requer diagnostico, manejo e tratamento rápido. O tratamento varia conforme localização, tamanho e extensão da lesão e do padrão respiratório do paciente.

Relato de caso: Relato de Caso: V.O.D., 57 anos, feminina. Comorbidades: Hipertensão

Relato de caso: Relato de Caso: V.O.D., 57 anos, feminina. Comorbidades: Hipertensão arterial sistémica, epilepsia sem tratamento contínuo e tabagista. Paciente foi admitida ao pronto atendimento conduzida pelo SAMU após crises convulsivas reentrantes. Apresentou escala de coma de glasgow 3 durante a admissão, realizada IOT e, durante o procedimento, foi realizado trauma inadvertido de traqueia posterior. Após 12 horas, a paciente evoluiu com extenso enfísema subcutâneo e pneumotórax à esquerda. Tomografia Computadorizada evidenciou balonete da cânula abaixo da carina traqueal, com lesão de 7 cm de extensão em traqueia distal até carina traqueal e pneumotórax bilateral. Paciente foi internada na UTI, onde manteve-se hipertensa, com episódios de febre e insuficiência renal aguda, manejada com dialise. A equipe assistente optou por drenagem torácica à direita e toracotomia postero-lateral direita, seguida de rafia traqueal com traqueostomia cervical. Aspirado traqueal positivo para S. maltophila, iniciando antibioticoteraja com Bactrin e levofloxacino. Após resultado de cultura com resistência ao Bactrin, houve substituição por Rocefin. A paciente após apresentar longa internação em UTI, apresentou melhora do quadro clínico, recebendo alta hospitalar sem drenos torácicos com adequada e Aspassão pulmonar.

sem drenos torácicos com adequada expansão pulmonar.
Conclusão: Os sinais mais comuns que indicam RIT são enfisema subcutâneo, pneumotórax, pneumomediastino, sinais radiográficos ou hemoptise. O uso de TC pode ser útil, mas o padrão ouro continua sendo a broncoscopia. O tratamento de pequenas lacerações traqueais (<2cm) e de pacientes estáveis é clínico, porém em casos de lesões mais extensas, presença de pneumomediastino ou lesões pós-IOT, o tratamento críurgico é o mais indicado. Dessa forma, o quadro clínico da paciente e a conduta tomada são condizentes com a literatura.

17

NEFRECTOMIA POUPADORA DE NÉFRONS EM TRAUMA RENAL

Karine Furtado Meyer; Raquel Bittencourt Catto; Thayla Valderrama Bicheri; Karina Ilheu da Silva; João Bergmann Cardoso; Rafael Gadens; Iryann Karla Souza Morandini; Eliel Rovaris Machado

BLUMENAU - SC - Hospital Santa Isabel

Introdução: A nefrectomia poupadora de néfrons (NPN) foi descrita pela primeira vez em 1887 por Czern, porém sem muito sucesso devido as grandes dificuldades técnicas de necontradas na época. Com o avanço da imagenlogia e técnicas de prevenção ao dano renal a NPN apresentou baixas taxas de morbidade e recorrência local quando comparadas novamente à nefrectomia total. O objetivo deste trabalho é mostrar a utilização da nefrectomia popuadora de nefrons em paciente portadora de trauma renal. Relato de caso: E.P, três anos, nascida de parto normal, a termo, 2825 gramas, feminino, branca, natural de Blumenau-SC. Pré-natal realizado sem intercorrências. Com 1 ano de diade foi submetida a nefroureterectomia polar superior à direita por duplicidade pielocalicial com ureterocele. Aos 3 anos, paciente deu entrada no pronto-socorro vítima de acidente automobilístico- colisão, com trauma toracoabdominal fechado. Apresentava-se com sinais vitals estáveis, porém com palidez cutânea-mucosa importante além de contusão em flanco esquerdo. Foi encaminhada A TC de abdome sem contraste que demonstrou trauma em rim esquerdo com grande hemantoma local. No momento da TC houve piora clínica importante. Necessária reposição volêmica e transfusão sanguínea, sondagem vesical de demora com coágulos espessos. Tentado segurar clinicamente. Mas descompensava após o término das reposições. Realizado ultrassom (US) na sala de emergência que mostrou laceração no terço médio renal esquerdo, aumento do volume e da ecogenicidade do polo superior, além de grande coleção hipoecoica envolvendo o rim esquerdo, contido pela cápsula renal. Indicado laparotomia exploradora. Pelo fato da paciente apresentar histórico de perda de tecido renal à direita, a abordagem cirúrgica visou preservar a maior parte do rim possível-baseando-se na técnica da NPN. A cintilografia renal estática com DMSA prévia a cirurgia de NPN apresentava função renal diferencial do rim direito 41,8% e esquerdo 58,2%.

Abordagem Cirurgica: Inicialmente, foram utilizados clampes hemostáticos em hilo renal às cegas para hemostasia e tentar poupar tecido renal. Foi então visualizado hematoma retroperitoneal em loja renal esquerda, com lesão grave de hilo renal e pelve – rim bipartido em sentido transversal e ureter e vasos avulsionados. A presença de vascularização em polo renal inferior por conta de vasos polares e cálice renal viável possibilitou a realização de uma ureterocalico-anastomose com colocação de cateter de duplo J de grande calibre cortado (em falta o pediátrico). Paciente evoluiu sem elevação dos níveis de ureia e creatinina, com diurese satisfatória. Recebeu alta após nove dias de internação hospitalar com encaminhamento ambulatorial periódico.

Conclusão: A cirurgia de nefrectomia poupadora de néfrons deve ser considerada como abordagem cirúrgica em pacientes onde a preservação de qualquer tecido renal pode ser significante.

NEFRECTOMIA POUPADORA DE NÉFRONS - UMA ABORDAGEM SEGURA PARA PACIENTES COM TUMOR DE WILMS BILATERAL

18

Karine Furtado Meyer; Raquel Bittencourt Catto; Thayla Valderrama Bicheri; Karina Ilheu da Silva; João Francisco Petry; João Bergmann Cardoso; João Augusto dos Reis Guerra; Iryann Karla Souza Morandini

BLUMENAU – SC - Hospital Santa Isabel

Introdução: Aproximadamente 5% das crianças com tumor de Wilms apresentam-se com doença bilateral. O tratamento ideal é atingir alto índice de cura mantendo função renal a logo prazo. Com o avanço dos exames de imagem e técnicas de preservação renal, a nefrectomia poupadora de néfrons (NPN) tornou-se segura com baixas taxas de morbidade e recorrência local.

Caso Clinico 1: Menina, 2 anos de idade, diagnóstico de tumor de Wilms bilateral com 1 ano e 4 meses de idade. Estadiamento inicial V com metástases pulmonares. Iniciou Protocolo SIOP (actionnicina, vincristina e dosorrubicina) por 6 semanas. Realizada cirurgia: 1) nefrectomia direita – tumor invadindo pelve e ureter cujo anatomopatológico (AP): nefroblastoma subtipo estromal, anaplasia ausente, embolização vascular ausente, envasão capsular ausente, margens livres, seio renal invadido com margens livres e 2) NPN à esquerda cujo AP: nefroblastoma subtipo misto. Durante a cirurgia houve abertura do sistema pielocalicial que foi suturado e não drenado. Evoluiu com fístula urinária. Realizado passagem de cateter de duplo J com fechamento espontâneo da fístula no 21º dia pós cateter de duplo J. Atualmente bem com função renal normal, realizando quimioterapia, seguimento por 4 meses.

Caso Clínico 2: Menina, 2 anos com quadro agudo de insuficiência renal. Exame físico

Caso Clínico 2: Menina, 2 anos com quadro agudo de insuficiência renal. Exame físico com massa abdominal bilateral em flancos cujos exames de imagem identificaram como processos expansivos sólidos: em rim direito, massa ocupando a porção cortical e medular medindo 1,5 cm de diâmetro, outra imagem ocupando o terço médio e inferior predominantemente medular, ocupando parte da pelve renal medindo 4,6 x 4,6 x 4,1 x 4,0 x 4,1 cm provocando dilatação calicinal em grupamentos médio e inferior; em rim esquerdo, massa ocupando polo superior em porção cortical medindo 2,0 x 1,8 x 1,7 cm e outra massa ocupando terço médio em porções cortical e medular medindo 4,1 x 4,0 x 3,8 cm. Foi iniciado tratamento com hemodiálise e quimioterapia SIOP 93 (dactinomícina e vincristina), sem redução de massa tumoral, refratário à introdução de dosorubicina. Realizado então NPN bilateralmente, com reconstrução unindo cálices superior e inferior. Foi utilizado cateter de duplo J para drenagem dos rins, pois houve abertura de sistema coletor bilateralmente. AP: nefroblastoma de histologia favorável e estadio III em cada rim. Completou ciclos de quimio e radioterapia, não necessitou diálise e manteve função renal normal.

Conclusão: A cirurgia de NPN mostrou-se uma ótima opção para pacientes portadores de tumor de Wilms bilateral. As complicações são mínimas e o prognóstico de função renal e sobrevida são excelentes. Esta cirurgia deve ser considerada para todos os pacientes com tumor de Wilms bilateral mesmo se os exames de imagem no préoperatório sugiram que as lesões são irressecáveis com em nossos casos.

USO DO PEDÍCULO SUPERIOR NA CIRURGIA DE TOREK EM GIGANTOMASTIA - DESCRIÇÃO DE TÉCNICA CIRÚRGICA

FELIPE OLIVEIRA DUARTE, STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ, FELIPPE GRISARD

Objetivo: A gigantomastia é uma condição caracterizada por um aumento excessivo do volume das mamas, que pode provocar danos físicos e psicológicos para as pacientes. O objetivo deste trabalho é descrever 9 pacientes operadas com a técnica cirúrgica descrita abaixo, com o diagnóstico de gigantomastia.

diagnóstico de gigantomastia.

Método: Técnica cirúrgica: As marcações são realizadas nas pacientes em posição ortostática. Inicia-se a marcação do ponto A (ponto de projeção do sulco infra-mamário). Marca-se os pontos B e C por pinçamento bidigital vertical nas bordas medial e lateral do complexo aréolo-mamilar. As distancias AB e AC foram de 7cm. Desenha-se o ponto D, logo cima da aréola da paciente e cria-se um triangulo juntando os pontos B e C ao ponto D. Este triangulo é desepidermisado e confeccionado um retalho detemo-gorduroso triangular que é fixado verticalmente em direção ao ponto A, abaixo da mama permanecente e fixada a ponta deste triangulo no músculo peitoral. Os pilares laterais são suturados sobre este pedículo triangular proporcionando volume e projeção à mamária demarcada, com ressecção do tecido mamário em bloco. Síntese da mama por planos, utilizando mononylon 3.0 e monocryl 4.0 e fixado o enxerto da aréola no ponto A demarcado. E feito curativo de brown.

Resultados: A complicação mais comum foi a perda parcial do completo

resultados. A compilidação missi contimi no a perda parciar do compieto arécilo papilar, que ocorreu em 7 pacientes. Foi sugerido a estas pacientes a dermopigmentação das arécilas para melhor estética do resultado. Mas nenhuma paciente quis fazer este procedimento. A deiscência do T foi observada em 3 pacientes. Não houve caso de perda completa do enxerto areolar. Todas as pacientes referiram melhora dos sintomas álgicos nas costas em função do volume da mama. Conclusão: A amputação mamária é uma técnica simples, rápida e eficaz no tratamento das gigantomastias. Um dos problemas estéticos que observamos nesta cirurgia é a falta de projeção do centro da mama e por isso iniciamos a utilização deste retalho triangular de pedículo superior para melhorar a projeção mamária.

Derivação Esplenorrenal Distal - Relato de caso em Jovem de 19 anos

Mauro Rafael da Igreja, Andrew Maikon Massutti, Thainā de Oliveira Azambuja, Yara Fernanda de Souza Neto, João Bergmann Cardoso, Thayla Valderrama Bicheri, Naisa Chiareli Rosa, Gabriela Duarte de Souza

BLUMENAU - SC

Introdução: A hipertensão portal caracteriza-se por um conjunto de manifestações clínicas, bioquímicas e morfológicas; representam o resultado final de uma hepatopatia crônica. É definida pelo aumento patológico na pressão venosa portal acima de 2-6mmHg³, e clinicamente significativa acima de 10 mmHg². Entre as causas estão: trombose de veia esplênica, anomalias congênitas, cirrose, esquistossomose, doenças infiltrativas, veno-oclusivas, Sd. de Budd Chiari, insuficiência cardíaca etc. A etiológia mais comum é a cirrose hepática¹,². A hemorragia varicosa é uma das complicações mais comuns, sendo uma emergência com mortalidade de 10-20% em 6 semanas⁴.

Relato de caso: Feminina, 19 anos, branca, casada, encaminhada para o ambulatório de Transplante Hepático do Hospital Santa Isabel, Blumenau - SC, para definir etiología de Hipertensão Portal.

Sua primeira manifestação da doença foi com hematêmese volumosa, necessidade de cuidados intensivos e transfusão sanguínea. Na EDA verificou-se varizes esofágicas de grosso calibre, sinais de hipertensão portal com sistema portomesentérico pérvio e figado normal em RNM de abdome. Sorologias para hepatites, esquistossomose, FAN e HIV não reagentes. Enzimas hepáticas, ceruloplasmina, função renal dentro da normalidade. Submetida à ligadura das varizes esofágicas e propranolol continuo. Posteriormente ao quadro de HDA,a paciente engravidou, no sexto dia de puerpério iniciou com melena. Realizado Angioto de Abdome, que evidenciou trombose de veia porta intra-hepática com transformação cavernosa em hilo.

No seguimento ambulatorial foi realizada nova TC de abdome, com volumosa ascite, fígado de dimensões normais, contornos minimante lobulados e edema periportal, porta pérvia e ectasiada, esplenomegalia e varizes gástricas. Realizado biópsia hepática com resultado sugestivo de bloqueio de fluxo venoso portal. Classificada como Child A. Optou-se pela realização de Shunt Esplenorrenal (Cirurgia de Warren) devido à oclusão da veia porta. A cirurgia foi realizada sem intercorrências. Recebeu alta, após 5 dias.

Conclusão: Os shunts cirúrgicos são tratamento de escolha na prevenção de sangramento por varizes recorrentes, em pacientes classificados em Child A / Child B ²⁻⁵ O shunt esplenorrenal distal (DSRS) foi descrito pela primeira vez em 1967 por Warren como um tratamento cirúrgico para hipertensão portal e hemorragia varicosa. Apesar de múltiplas causas e de ser uma patologia muito estudada, alguns casos ainda é dificil definir a etiologia.

21 22

Sarcoma Fibromixóde pancreático de baixo grau em criança de 10 anos

Mauro Rafael da Igreja, Andrew Maikon Massutti, Karine Furtado Meyer, Karine Ilheu da Silva, Thayla Valderrama Bicheri, Yara Fernanda de Souza Neto, Iryann Karla Morandini, João Bergmann Cardoso.

BLUMENAU – SC

INTRODUÇÃO: O sarcoma fibromixóide de baixo grau (LGFMS) é uma neoplasia fibroblástica rara. Sua localização mais comum ocorre nos tecidos moles profundos das extremidades inferiores,coxa, parede torácica, axila, ombro, região inguinal, nádegas e pescoço. Exemplos raros ocorrendo na região abdomino-inopélvica e retroperitônio, incluindo aqueles decorrentes de visceras entéricas describe 1.3. É mais comum em adultos jovens, entretanto 20% dos casos podem ocorrer em menores de 18 anos de idade. Geralmente apresentam sintomas vagos e obscuros e desenvolvem-se

RELATO DO CASO: YSO, masculino, 10 anos, submetido à atendimento, acompanhado da avó com diminuição da aceitação alimentar por 3 meses, associado a dor abdominal, perda ponderal, icterícia, vômitos e hematúria. Ao exame físico emagrecido, descorado ictérico zona IV. Abdome plano, depressível, com massa palpável em hipocôndrio direito. Exames laboratoriais de admissão: Amilse: 190, lipase: 408. Bilirrubina total 5.01. às custas de direta, TGO:68, TGP: 64. Ultrassonografia de Abdome abdome evidenciando nódulo adjacente ao rim direito localizado provavelmente dentro do parênquima hepático, pouco vascularizado e bem delimitado, medindo 54,7x63,2x55,4mm. Tomografia computadorizada de abdome/tórax/pelve, identificando massa retroperitoneal, heterogênea, medindo 5,5x5cm, determinando compressão do hilo hepático, com importante dilatação de vias biliares intra e extrahepáticas. Após TC, foi realizado ColangioRNM, com evidencia de Tumor de cabeça de pâncreas de aproximadamente 5cm de diâmetro. Após três meses de identificação da massa, paciente foi submetido a Duodenopancreatectomia, com anastomose biliodigestiva, anastomose entero pancreática latero terminal e anastomose gastroentérica com preservação de piloro. Realizou pós operatório em UTI pediátrica, necessitou de uso de Nutrição parenteral, devido a dificuldade de aceitar alimentação no pós operatório. Recebeu Alta Hospitalar após .. dias de internação. Material enviado para anatomopatológico, com resultado inconclusivo. Foi submetido então a imunohistoquimica com diagnóstico de Sarcoma Fibromixóide de baixo grau.

CONCLUSÃO: Fibromixoma sarcóide pancreático é raro e com poucos relatos na literatura. acredita-se que apresenta alto risco de recorrência local e metástase tardia, relacionado principalmente a ressecção incompleta. Ainda é uma entidade rara e mal compreendida, com necessidade de mais estudos a respeito. *5

HÉRNIA DE AMYAND - RELATO DE CASO

Andrew Maikon Massutti, João Bergmann Cardoso, Rafael Gadens, Eliel Machado, Yara Fernanda de Souza Neto, Iryann Karla Morandini, Thayla Valderrama Bicheri.

BLUMENAU - SC

INTRODUÇÃO: A Hérnia de Amyand caracteriza-se pela protrusão do apêndice vermiforme, inflamado ou não, no saco herniário inguinal¹. Foi descrita por Claudius Amyand em 1786². Essa condição é rara e apresenta uma prevalência entre 0,4% e 0,6% das hérnias inguinais. A apendicite está associada em 0,1% dos casos³. É mais frequente no homem após os 70 anos e tem distribuição bimodal⁴. O diagnóstico pré-operatório da hérnia de Amyand é raro, geralmente realizado durante a intervenção cirúrgica⁵.

MÉTODO: J.F., 75 anos, masculino. Há 3 meses apresentou aumento de volume na região inguinal direita, exacerbado durante esforços físicos e manobra de Valsalva, e associado à dor de moderada intensidade que irradiava para coxa, prejudicando deambulação. Sem outras queixas. A cirurgia foi realizada no Hospital Santa Isabel, Blumenau-SC, no dia 27/02/2018. Foi identificada hérnia inguinal mista, volumosa, com deslizamento de cólon e sendo visualizado o apêndice vermiforme, caracterizando a Hérnia de Amyand. Foi realizada a apendicectomia de oportunidade. A cirurgia ocorreu sem intercorrências. O paciente apresentou boa recuperação e recebeu alta hospitalar no primeiro dia de pós-operatório.

CONCLUSÃO: Embora a Hérnia de Amyand se caracterize pela presença de apendicite aguda no interior do saco herniário inguinal, este nome é usado mesmo nas situações em que o apêndice cecal está normal⁶. Esse tipo de hérnia possui bom prognóstico, sem óbitos descritos na literatura, somente associados a outras doenças. Mesmo sendo um quadro raro, a hérnia de Amyand deve estar entre os diagnósticos diferenciais de quadros que apresentem dor na região da fossa ilíaca, inchaço inguinal e sinais de infecção. A maior parte das decisões tem como base o achado intra-operatório e na experiência de diferentes casos e implicará em menores taxas de mortalidade, infecções e recorrência⁴⁻⁵.

Obstrução Intestinal – bezoar aderido ao fio de sutura de anastomose entérica

Andrew Massutti - Eliel Machado - João Bergmann Cardoso - Yara Fernanda de Souza Neto - Thayla Valderrama Bicheri - Gabriela Duarte de Souza -Diego Grube — Hospital Santa Isabel-Blumenau SC

INTRODUÇÃO O abdome agudo obstrutivo é um importante diagnóstico na prática clínica cirúrgica. Apresenta-se em dor abdominal em cólica acompanhada de vómitos e parada de eliminação de gases e de fezes¹. Quanto à etiologia, suas causas são diversas e incluem tumores, bezoar, volvo de sigmoide, doenças inflamatórias intestinais, entre outras². Bezoar é o termo usado para se referir a uma massa intestinais, entre outras². Bezoar é o termo usado para se referir a uma massa intestinais, entre outras². Bezoar é o termo usado para se referir a uma massa sons proposto de fibras (fitobezoar) o mais comum³s². RELATO DO CASO Feminina, 60 anos, histórico de apendicectomia, gastroplastia e fundoplicatura, veio ao Hospital Santa sabel, Blumenau/SC, com quadro de dor abdominal de forte intensidade há 10 días. Paciente referia vómitos, parada de evacuação há 2 días, presença de eliminação de flatus. A TC de abdome total mostrou sinais de manipulação cirúrgica gástrica prévia; insussescpção de alças de delgado em flanco esquerdo, com densificação dos planos adiposos do mesentério adjacente, sem determinar no presente exame dilatação de alças a montante; dilatação das vias biliares intra e extra hepática sem fator obstrutivo identificado. A paciente foi encaminhada para laparotomia exploratória onde foi identificada perfuração de delgado após anastomose entero entero de bypass prévio. Foi realizado enterotomia e encontrado bezoar alimentar preso ao prolene de anastomose. Foi realizada ressecção de 10 cm de alça e anastomose laterolateral.-CONCLUSÃO O bezoar é uma causa rara de obstrução intestinal, responsável apenas por 0,4-4% das obstruções². Fatores de risco incluem flativitos da motilidade gástrica como em cirurgias gástricas. 6 com o aumento da frequência das cirurgias de bypass gástrico, é comum o aumento de complicações como essas². Mais da metade (57%) dos pacientes que desenvolvem fitobezoares passaram por cirurgia gástrica. A fisiopatologia de formação é trazida por diversas teorias na literatura, como retardamento ou

PLANEJAMENTO VIRTUAL DA MAMOPLASTIA DE AUMENTO E

FELIPE OLIVEIRA DUARTE, STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ, MONICA RIBEIRO DE MORAES, NATHALIA HELENA BONOTTO CORSO, FELIPPE GRISARD

Florianopolis SC

OBJETIVOS: Os avanços tecnológicos no campo das imagens permitiu a adoção de protocolos de imagens tridimensionais na área de cirurgia plástica. Além disso, acessibilidade e a facilidade do uso dessa tecnologia permitiram a sua ampla utilização no diagnóstico e plano de tratamento. Esse paciente virtual é criado a partir de uma reconstrução digital, que pode ser estudada para desenvolver e simular diferentes tipos de tratamento como a mamoplastia de aumento e a reconstrução de mama.

METODOLOGIA: Realizado planejamento virtual de 2 pacientes com o programa Crisalix 3D simulations para a cirurgia de mamoplastia de aumento com implante mamário. Este programa faz um recorte da região torácica da paciente, com fotografias: anteroposteriores; perfil direito e esquerdo; distância entre papilas mamárias; circunferência torácica. O programa oferece a opção de implantes mamários de marcas conhecidas internacionalmente, com diferentes formatos, tamanhos e projeções. Com o recorte da região torácica da paciente e criação do modelo virtual em 3D podem ser testadas as opções fornecidas pelo programa para se fazer um planejamento cirúrgico, também pode ser oferecida ao final da simulação, a visualização do aspecto da mama com vestuário.

RESULTADOS: No caso 1 a paciente mede 1,70m, 65 kg, circunferência torácica de 75 cm, distância papila/papila de 19 cm e flacidez cutânea moderada. A simulação foi com implante mamário de 305 ml, com projeção 5,8 cm, diâmetro 11 cm, implante subglandular. No caso 2 a paciente mede 1,62m, 60 kg, circunferência torácica 74 cm, distância papila/papila de 20 cm, flacidez cutânea. A simulação 1 foi com prótese 305 ml, projeção 5,6 cm, diâmetro 11 cm, implante subglandular. A simulação 2 foi com prótese 285 ml, projeção 4,9cm, diâmetro 11 cm, implante subglandular,

CONCLUSÃO: Planejamento virtual da mamoplastia, aumento ou reconstrução de mama é uma ferramenta moderna que possibilita diminuir erros de planejamento cirúrgico e possibilita resultados precisos

Psoíte como apresentação clínica de Isquemia mesentérica

Andrew Massutti -Pedro de Abreu Trauckynski - Raquel Catto -Thayla Valderrama Bicheri -Yara Fernanda de Souza Neto - Rafael Gadens - Nathalia Luiza Ferri Bonmann

25

Hospital Santa Isabel – Blumenau-SC

Introdução A Isquemia Mesentérica (IM) é causada por fluxo sanguíneo insuficiente para as demandas metabólicas viscerais. A severidade e o órgão atingido dependem do vaso acometido e do fluxo colateral existente¹. Tem baixa incidência, mas o diagnóstico inespecífico ou tardio pode resultar em consequências clínicas catastróficas, incluindo sepse, infarto intestinal e morte² Relato de Caso -YN, 87 anos, feminina, hipertensa. Chegou ao Pronto Socorro com dor em hipocôndrio direito com irradiação para colona lombar, com progressão de seis dias, associado a constipação há dez dias. Ao exame físico, bom estado geral, com dor a palpação de hipocôndrio direito, sem sinais de peritonite. Foi solicitado Ultrassonografia de abdomen com colelitíase e meteorismo intestinal. Após exame paciente evoluiu com forte dor em fossa ilíaca direita, associado a febre, rebaixamento do nível de consciência, taquicardia, dispneia, leucocitose, sugerindo quadro séptico. Foi realizado Tomografia Computadorizada (TC) de abdomen evidenciando litíase vesicular, distensão de aíça e achados compatíveis com Psoite, sem sinais de isquemia mesentérica. Dessa forma, foram solicitados hemocultura e sorologias negativas. Devido a progressiva piora clínica da paciente, foi optado por realizar Videolaparoscopia diagnóstica, que constatou sinais de isquemia en intestino delgado, e ponto de necrose em ceco. Realizado ressecção parcial de ecco, e confeccionado lleostomia terminal. Encaminhada à UTI para seguimento pós operatório, evoluiu com acidose metabólica progressiva, e faleceu no quarto dia pós operatório.





Conclusão: A Isquemia Mesentérica é causa incomum de dor abdominal, com mortalidade de 60-80%. Acomete primariamente mulheres. Apresenta clínica inespecífica, sendo necessária avaliação laboratorial e de imagem³-4. No caso acima, a paciente apresentou alterações de imagem incomuns para diagnostico de IM ou de suas complicações, sendo a principal delas indício de psoíte à TC de abdomen. O relato buscou enfatizar a clínica inespecífica da patologia e a importância do diagnóstico e tratamento precoce para a evolução do quadro

27

SEROMA CRÔNICO EM IMPLANTE MAMÁRIO: A IMPORTÂNCIA DA CAPSULECTOMIA E DA CULTURA PARA MICROORGANISMOS NA CÁPSULA

FELIPE OLIVEIRA DUARTE, STEFANY GOUDZENKO HERNANDEZ, MONICA RIBEIRO DE MORAES, NATHALIA HELENA BONOTTO CORSO, FELIPPE GRISARD

26

INTRODUÇÃO: A etiologia do seroma permanece incerta. Uma das teorias mais aceitas seria a etiologia infecciosa, mas nem sempre são cultivados microorganismos

neste líquido. Além disso, discute-se por qual motivo o biofilme infeccioso, ainda que presente, se manifestaria tão tardiamente. Tebbets propõe um algoritmo frente ao seroma tardio. Ressalta a necessidade da realização de punção e análises bacteriológicas e citológicas. Sugere prolongar a observação do meio de cultura, uma vez que seriam germes de baixa virulência e crescimento lento. Espessamento da cápsula, nódulos e/ou citológia oncótica positiva indicariam a necessidade de capsulectomia com retirada dos implantes até o esclarecimento do quadro. RELATO DE CASO: Paciente de 26 anos, 2 anos de pós operatória de prótese mama poliuretano 250 ml bilateral em plano subglandular, iniciou com aumento volume do polo superior da mama esquerda. Foi solicitado uma ressonância magnética das mamas que demonstrou presença de líquido dentro da capsula da prótese de mama esquerda. Realizado punção guiada por ultrassonografia e iniciado ciprofloxacin 500 mg 12 em 12 horas por 14 dias. Na cultura do seroma não houve crescimento de fungos, bactéria ou micobactérias. Na citologia do seroma o laudo foi de quadro citopatológico compatível com conteúdo de seroma associado com processo inflamatório agudo. Após os 14 dias de uso de ciprofloxacin a paciente apresentou melhora do quando clínico, voltando a mama esquerda ao tamanho normal. Após 2 meses a paciente voltou a apresentar uma fistulização do seroma pela incisão inframamária. Foi realizado cultura e citologia dest secreção amarelo hialina sem cheiro que foi negativa para microorganismos. A paciente usou ciprofloxacin por mais 14 dias e prednisona 20 mg 12 em 12 horas por 5 dias com melhora do quadro. Após 25 dias a paciente voltou a apresentar fistulização do seroma pela incisão inframamária na mama esquerda. Foi decidido pela retirada dos implantes de mama bilateralmente pela incisão inframamária e capsulectomia total da mama esquerda. Foi decidido pela retirada dos implantes de mama bilateralmente pela incisão inframamária e capsulectomia total da mama esquerda. Foi decidid

Conclusão: A paciente melhorou clinicamente completamente após este procedimento.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS A LAPAROTOMIA EXPLORADORA NO TRAUMA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Bruna Arcoverde Abbott, Bruno Eduardo Silva Ribeiro, Ana Luisa Bettega, Beatriz Gubert Deud

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

OBJETIVO: Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma submetidos a laparotomias exploradoras no Hospital do Trabalhador - UFPR, Curtitiba-PR

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

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

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

29

ANÁLISE DA AVALIAÇÃO POR IMAGEM PRÉVIA A LAPAROTOMIA EXPLORADORA NO TRAUMA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE TRAUMA

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr,

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

OBJETIVO: Avaliar o impacto dos índices de trauma na indicação de laparotomia exploradora baseada no exame clínico e nos dados de imagem

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

RESULTADOS: Foram selecionados 405 pacientes, sendo 125 prontuários excluídos do estudo devido a dados faltantes, resultando em 280 prontuários. Sendo 30 pacientes encaminhado diretamente para laparotomia e 250 pacientes foram submetidos a exame de imagem antes da intervenção cirúrgica. Não houve diferença significativa entre a análise do TRISS (91.48% vs 89.21%, p=0.5334), o ISS (23.10 vs 28.06, p= 0.0771) e o RTS (7,421 vs 7,329, p=0.7521).

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

30

INFLUÊNCIA DO LOCAL DE OCORRÊNCIA DO TRAUMA NOS ÍNDICES DE ADMISSÃO DE PACIENTES SUBMETIDOS A LAPAROTOMIAS DE EMERGÊNCIA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Breno Lopes Porto, Jean Raitz Novais, Luis Fernando Spagnuolo, Marcelo Tsuyoshi Yamane

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

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

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

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

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

CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS NO TRAUMA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Breno Lopes Porto, Jean Raitz Novals, Luis Fernando Spagnuolo, Marcelo Tsuyoshi Yamane

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

OBJETIVO: Avaliar o perfil das laparotomias exploradoras por trauma com necessidade de ciruraia de controle de danos

MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional descritivo. Foram incluídos 413 pacientes submetidos a laparotomias exploratórias no trauma entre o período de janeiro de 2015 e dezembro de 2017. O banco de dados foi criado através da coleta de dados por meio de uma lista de verificação de variáveis (pré-hospitalares e hospitalares) relacionadas aos traumatismos, bem como aos valores associados à cirurgia. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples.

RESULTADOS: Dos 413 pacientes submetidos a laparotomia exploradora, 126 (30,5%) necessitaram de cirurgia de controle de danos. Em relação ao motivo da indicação de cirurgia de controle de danos, a maioria dos casos 272 (65,8%) foi devido a sangramento intra-operatório, sendo 13 (4,8%) desses associados a acidose metabólica. A indicação isolada de acidose metabólica esteve presente em 10 (2,3%) e a de hipotermia em 7 (1,6%). As indicações diferentes destas ocorreram em apenas 4 (0,97%) dos casos

CONCLUSÕES: A principal indicação de cirurgia de controle de danos foi o sangramento intra-operatório.

TEMPO DE PERMANÊNCIA EM UTI COMO INDICADOR DE PIOR PROGNÓSTICO EM LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Bruna Arcoverde Abbott, Bruno Eduardo Silva Ribeiro, Ana Luisa Bettega, Beatriz Gubert Deud

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

OBJETIVO: Comparar a evolução relacionada às complicações pós operatórias entre dois grupos: Pacientes que permaneceram mais do que 3 dias em UTI versus pacientes que não necessitaram de UTI ou permaneceram menos do que 3 dias. Sendo ambos grupos formados por pacientes críticos submetidos a laparotomia exploradora, que não realizaram hemotransfusão, não necessitaram de reoperação.

MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional. Foram incluídos 404 pacientes submetidos a laparotomias exploratórias no período de janeiro de 2015 e dezembro de 2017. O banco de dados foi criado através da coleta de dados por meio de uma lista de verificação de variáveis (pré-hospitalares e hospitalares) relacionadas aos traumatismos, bem como aos valores associados à cirurgia. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. Foi utilizado o teste exato de Fisher para comparação entre os grupos.

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

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

33

INFLUÊNCIA DOS ESCORES DE GRAVIDADE NO TRAUMA (TRISS E RTS) NO TEMPO CIRÚRGICO DAS LAPAROTOMIAS

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Breno Lopes Porto, Jean Raitz Novais, Luis Fernando Spagnuolo, Marcelo Tsuyoshi Yamane

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

OBJETIVO: Correlacionar o tempo cirúrgico médio com escores de gravidade em laparotomias exploradoras por trauma

MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional analítico. Foram incluídos na amostra 260 pacientes que tinham algum tipo de trauma abdominal submetidos a laparotomias exploratórias no período de janeiro de 2015 e dezembro de 2017. Os dados foram coletados por meio de prontuários eletrônicos e físicos, com base em uma lista de verificação de variáveis (pré-hospitalares e hospitalares), bem como aos valores associados à cirurgia. A análise estatística foi realizada pelo teste "t"de Student para variáveis contínuas.

RESULTADOS: Dos 260 pacientes estudados, 231 eram do sexo masculino (88,84%) e 29 do sexo feminino (11,16%). A média de idade dos pacientes foi de 30 anos. A média do escore RTS foi de 7,207, sendo que a média do escore de trauma TRISS entre os pacientes foi de 88,22%. O tempo médio de cirurgia foi de 104 minutos. A duração foi menor ou igual à 90 minutos em 145 cirurgias (55,77%) e maior que 90 minutos em 115 (44,23%) cirurgias. Pacientes que tiveram tempo de duração cirúrgica menor ou igual à 90 minutos apresentavam a média do escore RTS de 7,024 e os que tiveram tempo maior que 90 minutos apresentavam média do RTS de 7,224 (P=0,471). Pacientes que tiveram tempo de duração cirúrgica menor ou igual à 90 minutos apresentavam a média do escore TRISS de 87,63% e os que tiveram tempo maior que 90 minutos apresentavam a média do escore TRISS de 90,66% (P=0,487).

CONCLUSÕES: Não houve diferença estatisticamente significativa entre tempo cirúrgico escores RTS e TRISS. Possivelmente pacientes mais graves tiveram indicação de Cirurgia de Controle de Danos para abreviação do tempo cirúrgico.

MORBIMORTALIDADE AUMENTADA: O TRAUMA TORÁCICO ASSOCIADO AO TRAUMA ABDOMINAL

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Kennya Henriqueta de Carvalho, Camila Roginski Guetter,Thamyle Moda de Santana Rezende, Marcio Luciano Canevari Filho

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

OBJETIVO: Avaliar a influência da lesão torácica associada ao trauma abdominal nos escores de trauma e mortalidade.

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

RESULTADOS: Foram incluídas no estudo 413 laparotomias por trauma no período entre 2015 e 2017. Dentre elas, 365 (88,3%) em pacientes do sexo masculino e 48 (11,6%) do sexo feminino. A média de idade entre os pacientes foi de 30.7 anos. Além da lesão abdominal presente em todos os pacientes, 160 (38,7%) deles apresentavam também lesão torácica. Dentre eles, 89 (55,6%) apresentavam hemotórax, 77 (48,1%) pneumotórax, 62 (38,7%) lesão em transição tóraco-abdominal, oito (5%) fratura de costela, oito (5%) contusão de tórax, sete (4,3%) hematoma em tórax, quatro (2,5%) laceração em tórax. A média do escore de trauma TRISS entre os pacientes que não tiveram lesão torácica associada à lesão abdominal foi de 96,2% e entre os pacientes que tiveram lesão torácica associada foi de 84,2% (p=0.000053). Óbito ocorreu em 30 (12,1%) dos pacientes com lesão abdominal sem lesão torácica associada e ocorreu em 34 (21,6%) pacientes que apresentavam trauma torácico associado ao trauma abdominal (p=0.022659)

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

34

CORRELAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DAS CIRURGIAS DE CONTROLE DE DANOS COM AS VARIÁVEIS DO ATENDIMENTO - ANÁLISE EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Breno Lopes Porto, Jean Raitz Novais, Luis Fernando Spagnuolo, Marcelo Tsuyoshi Yamane

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

OBJETIVO: Analisar e correlacionar a necessidade de cirurgia de controle de danos (CCD) com o tempo de transporte pré-hospitalar, escores de trauma e realização de exames de imagem pré-operatórios de pacientes submetidos à laparotomia de emergência

MÉTODO: Estudo retrospectivo observacional descritivo. Foram incluídos 411 pacientes submetidos a laparotomias exploratórias no período de janeiro de 2011 e abril de 2017. O banco de dados foi criado através da coleta de dados por meio de uma lista de verificação de variáveis (pré-hospitalares e hospitalares) relacionadas aos traumatismos, bem como aos valores associados à cirurgia. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. As variáveis continuas foram analisadas com o teste t de Student e variáveis discretas com o teste do qui-quadrado.

RESULTADOS: Observou-se relação inversamente proporcional entre pacientes que foram submetidos à Cirurgia de Controle de Danos (CCD) e o escore de trauma TRISS e ISS, com significância estatística (p<0,0001). A presença de sangramento ativo no intra-operatório foi o principal motivo para a indicação da CCD (64,6%). Não foi observado relação estatisticamente significativa entre CDD e tempo de transporte pré-hospitalar, realização de exames de imagem pré-operatórios e escores de trauma RTS.

CONCLUSÕES: A Cirurgia de Controle de danos foi utilizada para pacientes mais graves, com um TRISS menor e ISS maior com consequentemente, menor taxa de sobrevida pós-operatório. O IMPACTO DE LESÕES TORÁCICAS ASSOCIADAS A LESÕES ABDOMINAIS NA MORBI-MORTALIDADE DE PACIENTES DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRALIMA

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Bruna Arcoverde Abbott, Bruno Eduardo Silva Ribeiro, Ana Luisa Bettega, Beatriz Gubert Deud

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

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

MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo observacional baseado em dados de pacientes submetidos a laparotomias exploratórias por trauma em um centro de trauma nivel 1 entre fevereiro 2011 e abril 2017. Foram avaliados dados demográficos, mecanismo de trauma e lesões decorrentes, bem como dados pós-operatórios de estadia hospitalar, morbidade e mortalidade. Os pacientes foram divididos em dois grupos de estudo, conforme apresentassem ou não lesão torácica ou em TTA asociada a lesão abdominal. Foi realizada análise descritiva dos dados em medidas de tendência central e dispersão. Em seguida a análisie inferencial foi realizada usando-se teste t de Student para variáveis contínuas e teste de qui-quadrado para variáveis discretas

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

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

37

Correlações dos índices de trauma com as variáveis clínicas em pacientes submetidos a laparotomia exploradora em um centro de referência no trauma

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Bruna Arcoverde Abbott, Bruno Eduardo Silva Ribeiro, Ana Luisa Bettega, Beatriz Gubert Deud

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com.

OBJETIVO: Verificar relação entre escores de trauma com complicações pós-operatórias, transfusões intraoperatórias, óbito intraoperatório e uso de drogas vasoativas durante permanência em UTI de pacientes submetidos à laparotomia

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

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

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

INFLUÊNCIA DO GRAU DA LESÃO HEPÁTICA NA EVOLUÇÃO PROGNÓSTICA DOS PACIENTES LAPAROTOMIZADOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO TRAUMA

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Kennya Henriqueta de Carvalho, Camila Roginski Guetter,Thamyle Moda de Santana Rezende, Marcio Luciano Canevari Filho

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

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

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

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

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

38

COLECTOMIA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL: RESULTADOS DE 5 ANOS EM UM CENTRO REFERÊNCIA ONCOLÓGICA NO PARANÁ

Anresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Andres Estremadoiro Vargas, Julia Goginski, Caroline Louise Balcewicz Dal Bosco, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Eduardo Da Cás, Raphaella De Paula Ferreira

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

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

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

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

Conclusões: O perfil de pacientes tratados com câncer colorretal na instituição representa pacientes com tumores avançados, com relativa agressividade, apesar de altas taxas de ressecção completa, com recidivas neoplásicas. CIRURGIAS ESOFÁGICAS: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA NO PARANÁ

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Vinícius Basso Pretl, Ewerson Cavalcanti Silva, Katrin Möbius Gebran, Kelre Wannlen, Caroline Louise Balcewicz Dal Bosco, Leticia Carlota Bonatto

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

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

Métodos: Os dados foram coletados do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no padrão do Instituto Nacional do Câncer. As frequências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema Epilnfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier.

Resultados: Foram realizadas 100 esofagectomias, sendo 68 cirurgias de Ivor-Lewis e 8 a Pinotti. Dos pacientes, 70% eram do sexo masculino, e 91% eram caucasianos. Somente 12,3% dos pacientes não apresentavam disfagia pré-operatória. Quanto aos fatores de risco, 83,8% apresentaram histórico de tabagismo, 51,7% de etilismo e 34,7% apresentaram histórico de câncer na familia, sendo 38% digestivos. Apenas 12,7% apresentaram histórico de Esófago de Barret, sem nenhum caso de cirurgia anti-refluxo prévia. Em relação às comorbidades, 11% apresentavam histórico pregresso de câncer, sendo 36,3% de cabeça e pescoço. Além disso, 19,3% foram submetidos a jejunostomia para via alimentar antes do tratamento definitivo. Somente 24,1% dos pacientes não apresentavam estenose esofágica. O tipo histológico mais frequente foi o carcinoma escamocelular (79%). Sobre a localização do tumor, 67% apresentavam tumores distais. Quanto a quimioterapia 24% realizaram tratamento pré-operatória, e 16% adjuvante. A ressecção foi R0 em 82% e R1 em 12%. As complicações intra-operatórias representaram 4% dos procedimento, sem sangramentos. Em 100% foi realizada jejunostomia para via alimentar pós-operatória. Em relação a complicação pós-operatória borá apresentaram graus 2 e 3 de Clavien-Dindo e 60% necessitaram reoperação. Em 81% foi necessária drenagem torácica. Sobre o prognóstico, 59% atingiram remissão em 6 meses, 29% apresentaram progressão da doença e a taxa de sobrevida em 5 anos foi de 51%.

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

41

Hepatectomia em metástases de carcinoma colorretal:estudo das complicações pós-operatórias e prognóstico em um centro de referência oncológica

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Luiz Arnaldo Szutan, Mauricio Alves Ribeiro, Gabriel Bernardo de Assis Galhardo, Ana Luisa Bettega, Marcelo Tsuyoshi Yamane, Thatiane Litenski

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

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

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

curva Roc.

Resultados: Foram incluídos 58 casos de hepatectomias por metástases hepáticas de cáncer colorretal. Do total de pacientes, 33 eram do sexo feminino e 25 do sexo masculino. Segmentectomia não regrada foi realizada em 28, seguida da metastasectomia 17. Durante a cirurgia 3 pacientes evoluíram com óbito, 5 evoluíram com alguma complicação e 4 necessitaram de reabordagem cirúrgica. Quanto a quimioterapia pré-hepatectomia 30 pacientes foram submetidos, com média de ciclos de 9,3. A sobrevida global em 5 anos foi de 63,2%. GGT elevada relaciona-se com complicações pós-operatórias e necessidade de reabordagem cirúrgica. A elevação da ureia teve relação significativa com tempo de UTI. Houve associação entre dias de internação e complicações pós-operatórias na hepatectomia, com número de ciclos de quimioterapia realizados na adjuvância do tumor primário, mas não em relação a neoadjuvância pré-hepatectomia.

Conclusões: O número de ciclos de quimioterapia causa acúmulo de toxicidade hepática e renal, predizendo um maior índice de complicações cirúrgicas a longo prazo, em mais intensidade que fatores relacionados ao próprio procedimento cirúrgico. Hepatectomia de resgate no tratamento do adenocarcinoma colorretal metastático permite aumento de sobrevida global, sobrevida livre de doença com baixas taxas de complicações e mortalidade, desde que bem indicadas a pacientes selecionados com adequadas condições cirúrgicas.

GASTRECTOMIA: RESULTADOS DE 5 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA NO PARANÁ

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Laila Pereira Schneider, Alessandra Möbius Gebran, Maria Julia Macedo Bonatto, Beatriz Martins Silveira Carrocini, Regina Maria Goolkate, Silvio Ivo Tésta

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

Objetivo: Apresentar os dados coletados referentes aos pacientes submetidos a gastrectomia entre 2005 e 2015. Estudar as características epidemiológicas tentando definir quais os fatores de risco para a doença assim como para o resultado do seu tratamento.

Métodos: Estudo descritivo transversal, com coleta retrospectiva de dados. Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel e avaliados através dos programas SPSS 22.0 e GRAPHPAD PRISM. Considerou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$).

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

A taxa de sobreviada en a anicio lot de 43,0%.

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

HEPATECTOMIA POR METÁSTASES NÃO COLORRETAIS: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA NO PARANÁ

42

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Luiz Arnaldo Szutan, Mauricio Alves Ribeiro, Dirceu Eduardo Teixeira Pinto, Vinicius Ceschin Maestri, Beatriz Martins Silveira Carrocini, Carlos Arai Filho

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

Objetivo: Apresentar os dados coletados referentes aos pacientes submetidos a hepatectomia por metástases de câncer não colorretal entre 2005 e 2015. Estudar as características epidemiológicas tentando definir quais os fatores de risco para a doença assim como para o resultado do seu tratamento.

Métodos: Os dados foram coletados diretamente do prontuário médico junto ao Serviço de Arquivo Médico. A ficha utilizada é baseada no formato padrão do Instituto Nacional do Câncer. As freqüências absolutas e relativas foram geradas a partir do sistema SISRHC e tabuladas através do Sistema Epilnfo, versão 7.1. A taxa de sobrevida foi calculada pelo método de Kaplan-Meier.

Resultados: Foram realizadas 33 hepatectomias, sendo 57,6% em mulheres. 41,3% dos pacientes apresentaram histórico de tabagismo e 22,2% de etilismo. 20,8% dos pacientes apresentaram histórico familiar de câncer. 88,8% dos pacientes apresentaram indice de Zubrod 1 e 2. A localização do tumor primário foi muito variável entre os casos (mama, ovário, GIST, estômago, etc). Em 87,9% dos pacientes a hepatectomia foi realizada em menos de 3 segmentos de Couinaud, sendo em 63,6% metástases únicas. Somente 2 pacientes realizaram quimioterapia pré-hepatectomia. Em 6,1% dos pacientes, foi realizada para metastasectomia. Em 9% dos casos ocorreram complicações transoperatórias graves como sangramento e lesão vascular. Quanto às complicações pós-operatórias 15,1% dos pacientes apresentaram graus 2 e 3 de Clavien-Diindo, sendo que 67% necessitaram reoperação. Em relação ao prognóstico, 39% dos pacientes atingiram remissão em 6 meses, sendo que 27,7% apresentaram progressão da doença. A taxa de sobrevida em 5 anos foi de 60,6%

de 01,6% Conclusão: Hepatectomias por metástases de câncer não colorretal apresentam alto índice de complicação cirúrgica devido a complexidade do procedimento, entretanto possibilitam atingir remissão de doenca metastatica avançada em pacientes antes considerados incuráveis. Um pequeno número de pacientes evoluiu com progressão da doença. NEFRECTOMIA PARA TRATAMENTO DE TUMOR RENAL: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA NO PARANÁ

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Jonatas Luis Pereira, Ronald Kool, Nickson Della Giustina, Thatiane Litenski, Danilo Bussyguin Saavedra, Vitoria Diana Mateus De Almeida Gonçalves

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

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

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

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

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

45

CIRURGIAS PANCREÁTICAS: ANÁLISE DE 5 ANOS EM UM CENTRO REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA NO PARANÁ

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Cristiano Ontivero Pereira, Kelre Wannlen, Vitoria Diana Mateus De Almeida Gonçalves, Leticia Carlota Bonatto, Regina Maria Goolkate

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

Objetivo: Apresentar dados referentes aos pacientes submetidos a cirurgia pancreática entre 2010 e 2015. Estudar características epidemiológicas tentando definir fatores de risco para a doença e resultado do tratamento

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

Resultados: Foram realizadas 98 cirurgias pancreáticas, sendo 43 cirurgias de Whipple, 10 pancreatectomias corpo-caudais, e 43 derivações bilio-digestivas. Dos pacientes, 50% eram do sexo masculino, 55% apresentaram histórico de tabagismo e 25,6% de etilismo. Somente 1 paciente apresentava história familiar pacientes a complementares. tadagismo e 25,0% de etilismo. Somente i paciente apresentava nistoria familiar de neoplasia peri-ampular. Quanto a exames complementares, 93,8% dos pacientes não realizaram CPRE antes da cirurgia e 8,6% dos pacientes realizaram laparoscopia estadiadora pré-operatória. No momento do diagnóstico 13,2% dos pacientes já apresentavam metástases. Em relação a localização do tumor 56% eram tumores de cabeça do pâncreas, 10,9% peri-ampulares e 9,8% de corpo e cauda. O tipo histológico mais frequente foi o adenocarcinoma (54,5%). Quanto a quimidirespia 2 pacientes respekarem teranja penaditivante e de corpo e cauda. O tipo histologico mais frequente foi o adenocarcinoma (54,5%), Quanto a quimioterapia 2 pacientes receberam terapia neoadijuvante e 24,2% realizaram adjuvância. Somente 4,2% dos pacientes tiveram complicações intra-operatórias. Em 26,1% dos pacientes foram realizadas ressecções multiorgânicas, e 11% necessitaram de drogas vasoativas no pós-operatório. Além disso, 30% dos pacientes receberam hemotransfusão. De todas as cirurgias, 37% tiveram complicação pós-operatória grau 2 ou 3 de Clavien-Dindo e 48% necessitaram reoperação. Os pacientes do estudo apresentaram um mai prognóstico: 20% dos pacientes atingiram remissão em 6. meses, 19,5% apresentaram progressão da doença e 74,6% dos pacientes foram a óbito em menos de 5 anos.

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

46

PROSTATECTOMIA RADICAL: RESULTADOS DE 5 ANOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA NO PARANÁ

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Jonatas Luis Pereira, Ronald Kool, Adrielle Lima Munhoz, Carlos Arai Filho, Gabriella Eduarda Jacomel, Eduarda Ferreira Matoso

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

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

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

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

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

EPIDEMIOI ÓGICO DE PACIENTES QUE REALIZARAM REOPERAÇÕES NÃO PROGRAMADAS PÓS-LAPAROTOMIA

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Iwan Augusto Collaço, Adonis Nasr, Kennya Henriqueta de Carvalho, Camila Roginski Guetter, Thamvie Moda de Santana Rezende, Marcio Luciano Canevari Filho

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico de reoperações não programadas e

complicações de laparotomias exploradoras no trauma no Hospital do Trabalhador - UFPR, Curitiba (Paraná). Métodos: Estudo retrospectivo observacional descritivo. Foram incluidos 413 pacientes consecutivos submetidos a laparotomias exploradoras por trauma no período de fevereiro de 2011 a dezembro de 2016. Foram analisados dados coletados diretamente dos prontuários eletrônicos e físicos dos pacientes. A análise dos dados foi realizada com porcentagens estatísticas simples. As variáveis contínuas foram analisadas com o teste t de Student e variáveis

discretas com o teste do qui-quadrado.

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

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

ABORDAGEM E EVOLUÇÃO DE GANGRENA DE FOURNIER

Gabriela Longhi Reiner, Arthur Dellagiustina, Daniel Vignardi, Felipe Silva Klingelfus, Liriane Gomes Velho, Patrícia Soares Oliveira dos Santos, Vitor Bianchi Cruz

Introdução: A Gangrena de Fournier é uma fasciite necrosante da genitália externa e região perineal, de base polimicrobiana, podendo ser letal se não tratada prontamente. Há major incidência no sexo masculino e os fatores de risco incluem Diabetes, HIV, alcoolismo e imunossupressão. Apresenta altas taxas der mortalidade se não houver abordagem diagnostica precoce e tratamento adequado. Relato do caso: ARS, 52 anos, masculino, negro, autônomo, hipertenso, alcoolista, tabagista, (30 maços/ano). Uso de Carvedilol e Enalapril, DI 23/03/2018, Há 10 dias iniciou com quadro de abcesso em região perineal, dor intensa e edema local. Febre não aferida ao longo dos dias prévios à internação. Iniciou tratamento com Ciprofloxacino e Metronidazol, sem melhora, ao exame, grande área endurada em região perianal e perineal, com transudação liquida e intensa dor ao toque. Lab. 23/03/18: Leuc.18480(Metam 1%, BT 7%, E SG68%), PCR 184,2. Cultura 27/03/18: E. Coli, cocos gram+ isolados, aos pares e em cadeias. Lab. 02/04/18: leuc 8040 PCR 44,49, creat 0,65, UR 16, plaq 347.000. US de abdome e pelve: importante infiltração liquida e no subcutâneo na região perianal e perineal com presença de gás e focos de secreção espessa compatível com lojas purulentas. Conduta: 23/03 D1: Desbridamento cirúrgico com curativo a vácuo e colostomia. Ciprofloxacino (D0/7) + Metronidazol (D0/14) 27/03 desbridamento cirúrgico com curativo a vácuo mais placa de alginato de prata. 05/04: fechamento primário da FO e drenagem com Penrose. 09/04 (alta hospitalar) Ceftriaxona+Metronidazol por 14 dias e retorno ambulatorial para retirada do dreno. **Conclusão**: A gangrena de Fournier é uma fasciite necrosante que apresenta rápida evolução com extenso comprometimento do tecido local e adjacente. Os pilares do tratamento contemplam desbridamento cirúrgico dos tecidos necróticos, antibioticoterapia e suporte clinico. Apesar do progresso no diagnostico, as taxas de mortalidade permanecem altas. Uma abordagem multidisciplinar muitas vezes é necessária para procedimentos reconstrutivos no futuro.

RETOSSIGMOIDECTOMIA PARA TRATAMENTO DE CÂNCER COLORRETAL: RESULTADOS DE 5 ANOS EM CENTRO ONCOLÓGICO NO PARANÁ

Apresentação: Tema livre oral

Autores: Phillipe Abreu-Reis, Flávio Daniel Saavedra Tomashich, Carla Simone Silva, Guilherme Augusto Polaquini, Thamyle Moda De Santana Rezende, Deisy Brigid De Zorzi Dalke, Danilo Bussyguin Saavedra, Maria Julia Macedo Bonatto

Correspondência: Phillipe Abreu-Reis, R. Dr. Ovande do Amaral, 201 - Jardim das Américas, Curitiba. Email: phillipeareis@gmail.com

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

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

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

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

49 50

Síndrome do ligamento arqueado mediano: Relato de caso

Kamilla Schmitz Nunes, Fernanda Bomfati, Henrique Eduardo de Oliveira, Ivam Vargas Martins da Silva, Gilberto Kremer - HU - UFSC

Introdução: A síndrome de compressão do tronco celíaco, também conhecida como síndrome do ligamento arqueado mediano ou síndrome de Dunbar, é condição rara. Ela é caracterizada por compressão do tronco celíaco pelo ligamento arqueado mediano do diafragma (1). O ligamento arqueado mediano geralmente fica em contato com a aorta acima da origem do nco celíaco. Entretanto, em alguns indivíduos, o ligamento arqueado mediano por se anormalmente baixo e passar em frente do tronco celíaco, pode causar sua compressão, a qual é denominada síndrome do ligamento arqueado mediano. Relato de caso: Paciente S.Z, 49 anos, feminina, merendeira, queixa de dor em epigastro há 3 anos, com piora há 15 dias Relatava irradiação para abdome inferior, com pouco alívio com analgesia. Relatava historia prévia de estenose de tronco celíaco em acompanhamento com equipe da gastroenterologia. TC de 2014 que mostrava redução do calibre do tronco celíaco de cerca de 50%, se estendendo por cerca de 1 cm. Paciente realizou nova angioTC que evidenciou tronco celíaco pérvio, sem sinais de ateromatose, notando-se importante compressão extrínseca de sua origem pelo ligamento arqueado mediano, determinando estenose superior a 90%. Diante da suspeita de dor abdominal m vascular, indicou-se abordagem cirúrgica por via laparoscópica com liberação do troco celíaco de sua compressão extrínseca. Realizando abertura do ligamento gastro-hepático com liberação do pilar diafragmático direito. Posterior abertura do ligamento gastro-cólico com identificação de artéria gástrica esquerda, com dissecção da mesma até a origem do tronco celíaco e aorta. Realizado secção do ligamento arqueado mediano com alça ultrassônica até completa exposição e liberação de tronco celíaco. Recebeu alta hospital e tomografia de controle com 1 mês de PO descrevia tronco celíaco pérvio, sem sinais de ateromatose em sua origem, n sinais de manipulação cirúrgica do ligamento arqueado mediano.. Paciente mantendo-se assintomática até controle com 4 meses de pós operatório.

Conclusão: Apesar do tratamento laparoscópico da síndrome ser técnica nova, vários autores demonstraram sua efetividade em aliviar os sintomas.

CONDUTA NO DIVERTÍCULO DE CECO, UMA ENTIDADE RARA Nicholas Tavares Kruel, Thais Doin, Aldo Takano de Saudney, Tulio Garcia dos Santos, André Parizzi Mello, Nicolau Kruel - Hospital Unimed da Grande Florianópolis

Introdução O divertículo de ceco é uma entidade rara, cuja inflamação causa sintomas semelhantes à apendicite aguda, causando dificuldade no diagnóstico e no tratamento adequado. Caso clínico Paciente masculino, 72 anos, deu entrada no serviço de clínica médica por celulite de pé esquerdo de inicio há 1 semana com queda do estado geral, sendo internado por esse motivo. De comorbidades conhecidas: AVC prévio, HAS, IRC, cardiopatla, gota, Alzheimer. Ao exame físico, taquicárdico, regular estado geral, Glasgow 10. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome flácido, indolor, sem sinais de irritação peritoneal, sem massas palpáveis. MIE com edema e eritema, sem empastamento de panturrilhas. Durante internação, paciente evoluir com quadro de suboclusão intestinal e elevação de PCR sem leucocitose, aumento de ureia e creatinina, sendo necessária hemodiálise. Optado por realizar TC abdome para investigação da suboclusão, a qual evidenciou densificação adjacente a alças de deligado em flanco direito com imagem sugestiva de divertículo. Após avaliação da equipe de cirurgia geral, foi indicado tratamento cirúrgico por laparoscopia. Achados intera-operatórios: diverticulite de ceco. Realizada diverticulectomia e acompanhamento pós-operatório em UTI. Evolução Paciente no 3º PO laparoscopia, mantém-se em cuidados intensivos porém com boa evolução do quadro, ainda em antibioticoterapia.

Discussão: Por mimetizar um quadro de apendicite aguda, é quase sempre impossível diferenciar este diagnóstico de divertículo de ceco apenas pelo exame físico. Por esta razão, é frequente o diagnóstico Peri operatório. No caso acima, paciente apresentou clínica de suboclusão por quadro inflamatório abdominal, sendo o diagnóstico sugerido por TC e confirmado por laparoscopia. Conclusão: Apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo na prática ciúrgica. Entretanto, a possibilidade de divertículo de ceco também deve ser considerada em pacientes com manifestações clínicas semelhantes à apendicite aguda, particularmente naqueles fora da faixa etária comum de apendicite

1.

DIVERTICULO DE MECKEL, UMA SITUAÇÃO RARA E DE DIFICIL DIAGNOSTICO

Felipe Silva klingelfus, Arthur O. Dellagiustina, Gabriela Longhi Reiner, Patricia S.O. dos Santos, André luiz Parizi Mello, Nicolau Kruel

Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, UNISUL Pedra

Introdução: Divertículo de Meckel é um divertículo verdadeiro, localizado no bordo anti-mesentérico e contém todas as três camadas da parede intestinal. É a anomalia mais comum do trato gastrintestinal. Sua ocorrência é igual entre homens e mulheres, mas a incidência de complicações é 3 a 4 vezes maior no sexo masculino. Em alguns livros de cirurgia é conhecido pela regra de dois: presente em 2%da população, 2 pés (61 cm) da junção ileocecal e 2 cm de comprimento, embora existam muitas variações anatômicas. Método: Descrição do caso clinico: H.O.S. 55 anos, masc., atendido na emergência com dor abdominal difusa, intensidade forte, com piora nas últimas 8 horas. Abdome globoso, distendido, com ruídos hidroaéreos presentes, hipertimpânico, doloroso a palpação difusa, sem Blumberg. Iniciado antibioticoterapia (ampicilina e sulbactam). TC de abdome: "coleção liquida hipogástrica com paredes finas e nível hidroaéreo medindo 3,5 cm, com densificação inflamatória do tecido adiposo circunjacente, sem outras alterações. Na laparotomia exploradora encontrou-se Divertículo de Meckel edemaciado e hiperemiado com extremidade aderida ao mesentério formando uma grande aderência local, além de sub-oclusão e inflamação. Foi realizada enterectomia segmentar de 10 cm com retirada do divertículo e enterorrafía com grampeador linear cortante. Alta hospitalar no 4 dia PO, teve boa evolução. Conclusão: Devido à raridade em adultos é pouco diagnosticada no pré-operatório, somente o fazendo em quadros de abdome agudo. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica.

LITIASE INTRA-HEPATICA TRATADA COM HEPATECTOMIA

Luiz Henrique Rezende Pacheco, Marcelo de Araújo Viera Ángelo, Rita de Cassia Palma de Lima, Felix Reges Ojeda Rocha, Júlio Cesar de Luca Filho, Carlos Augusto Chede Rotolo

Hospital Regional de São Jose Homero de Miranda Gomes, São Jose, SC

Introdução: Hepatolitiase é definida por presença de cálculos em um ou mais ductos biliares proximais a confluência dos ductos hepáticos Direito e Esquerdo. De natureza benigna, porem o prognostico pode ser reservado devido à colangite de repetição, estenose biliar, atrofia ou cirrose, e progressão para colangiocarcinoma. Relato do caso: Paciente masculino, 58 anos, hipertenso, com histórico de dor abdominal recorrente em abdome superior há 1 ano, associado a náuseas. Internado para investigação do caso, sem alterações em exame físico e laboratoriais. Colangioressonancia magnética evidenciou cálculo de 0,5 cm no interior do ducto biliar intra-hepático dos segmentos laterais do lobo esquerdo, determinando moderada dilatação das vis biliares a montante, além de evidenciar atrofia do parênquima hepático em lobo esquerdo. O paciente foi submetido a hepatectomia E. Discussão: Devido ao risco de complicações o tratamento deve ser realizado, cirúrgico ou não, incluindo colangiopancreatografia retrógada endoscópica e litotomia colagioscópica trans-hepática percutânea, porem o tratamento não cirúrgico tem maior chance de cálculos residuais e recidiva. Propõem-se um sistema de classificação denominado "classificação de Dong", para determinar abordagens cirúrgicas para o tratamento da hepatolitiase. Nesta classificação a hepatolitiase de dividida em dois tipos: Tipo I e Tipo II. O Tipo I é uma doença localizada em um ou ambos lobos. O Tipo II é uma doença difusa que é dividida em 3 subtipos Tipo II a não envolve atrofia do parênquima hepático ou estenose dos ductos biliares intra-hepáticos; o Tipo IIb envolve cirrose biliar e hipertensão portal. Conclusão: Tipo I e Tipo IIb São os melhores candidatos para hepatectomia. Já o Tipo II deve ser submetido à remoção de cálculos, juntamente com uma hepáticojejunostomia em Y de Roux ou jejunostomia hepático-cutânea. Pacientes com hepaticolitiase do Tipo IIc consistentemente apresentam cirrose biliar e hipertensão potal e insuficiência hepática, indicando a necessidade de transpla

53 54

DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DE PNEUMATOSE INTESTINAL: Nicholas Tavares Kruel, Thais Doin, Aldo Takano de Saudney, Tulio Garcia dos Santos, André Parizzi Mello, Nicolau Kruel - Hospital Unimed da Grande Florianópolis

Introdução: Pneumatose intestinal é uma doença rara caracterizada pela presença de cistos preenchidos por gás na parede do cólon. Pode ser idiopática (15% dos casos) ou secundária a outras doenças (85% dos casos). A tomografía computadorizada é o método diagnóstico com maior sensibilidade. Na ausência de sinais e sintomas sugestivos de complicações, a pneumatose pode ser tratada de forma conservadora. Caso clínico: Paciente 85 anos, masculino, deu entrada no hospital com dor epigástrica irradiada para dorso há aproximadamente 30 minutos. Sem outros sintomas associados. Avaliado inicialmente pela cardiologia, descardadas causas cardiológicas. Encaminhado ao serviço de clínica médica já com alívio total da dor. Ao exame físico, sinais vitais estáveis, exame torácico sem alterações, abdome flácido, indolor sem sinais de irritação peritoneal. Solicitados exames laboratoriais (hemograma, PCR, amiliase, creatinina, FA, GGT, bilirrubinas) com resultados dentro da normalidade, além do RX de tórax que demonstrou elevação de cúpula diafragmática à direita.

Optado por proceder investigação com TC de abdome que evidenciou pneumoperitônio extenso em andar superior com indefinição das paredes da flexura esplênica do cólon, não sendo possível afastar lesão do mesmo. Após avaliação da equipe da cirurgia, optado por realizar laparotomia exploradora onde foi evidenciado pneumatose intestinal em cólon. Realizada revisão de alças intestinais, sem evidência de perfuração. Optado por encerrar cirurgia encaminhar paciente para cuidados em UTI. Evolução: Paciente realizou o pós-operatório em UTI, com evolução favorável e alta hospitalar após 4 dias. Discussão: A pneumatose intestinal é uma entidade rara. Não se trata de uma verdadeira doença, mas de um sinal clínico que está associado a uma verdadeira doença, mas de um sinal clínico que está associado a uma patologia subjacente em 85% dos casos. Pode ocorrer em qualquer local do trato gastrointestinal, sendo mais comum no cólon, como retratado no caso acima. A maioria dos doentes é assintomática. Porém, dor abdominal, diarreia, distensão abdominal e tenesmo podem ocorrer. Complicações, como volvo, necrose e perfuração, ocorrem em aproximadamente 3% dos casos. A terapêutica é direcionada para a patologia subjacente. Nesse caso, na ausência de patologia de base e de complicações, foi optado por encerrar a cirurgia e acompanhar evolução clínica do paciente. Conclusão: A pneumatose intestinal é doença rara, o que torna um desafio o diagnóstico e o tratamento, podendo trazer complicações graves ao paciente, como necrose e perfuração. O tratamento deve ser conservador mesmo na presença de pneumoperitônio, após excluir complicações.

SÍNDROME DE BOUVERET

Pedro de Castro Martins de Moraes, Nathan Henrique dos Santos, André Luiz Parizi Mello, Marcelo Borges Moreira. Marcos Tulio Silva

HRSJHMG e HF

Introdução: A Síndrome de Bouveret é uma forma rara de obstrução intestinal decorrente da formação de uma fistula entre a vesícula biliar e o estomago ou duodeno. Representa 2 a 3% de todas as obstruções do trato gastrintestinal por cálculos biliares, predominando em mulheres e idosos. Relato do Caso: Paciente feminina, 71 anos, branca que apresentava dor abdominal em andar superior do abdome, associada a náuseas e vômitos. Há uma semana referiu constipação. Exame físico: desidratada, eupneica, TA 65X39, abdome globoso, com ruídos hidroaéreos, doloroso à palpação profunda no HD e epigástrio. A TC do abdome mostrou aerobilia e calculo biliar volumoso impactado na terceira porção duodenal medindo 5,4X3,4 cm. A paciente foi submetida a laparotomia exploratória, manobra de Kocher, secção do ligamento de Treitz e ordenha do cálculo até o jejuno quando foi feita enterotomia e retirada do mesmo. Discussão: A chave para o diagnóstico da síndrome de Bouveret é manter um alto índice de suspeição em pacientes com história de colelitiase que apresentam obstrução intestinal . A TC faz o diagnostico com 93% de sensibilidade e 100% de específicidade. O exame desta paciente mostrou a triade de Riegler presente na Síndrome de Bouveret: obstrução do delgado, aerobilia, e calculo biliar ectópico. A terapia endoscópica tem sido usada por muitos como primeira linha de tratamento, caso falhar, se impõe a cirurgia.

Conclusão: No Tratamento da Síndrome de Bouveret é importante manter um alto índice de suspeição em pacientes com história de colelitíase e obstrucão intestinal. OBSTIPACAO INTESTINAL CRONICA DE ETIOLOGIA ATIPICA EM PRE-ESCOLAR

Camila Girard Fachin, Leilane de Oliveira, Milena Santana da Conceição. TarikE. Salim, Carlos Antônio Riedl, André Ivan Bradley dos Santos Dias, Miguel Angel agulham

Disciplina de Cirurgia Pediátrica – Hospital de Clinicas da UFPR Curitiba PR

Introdução: Obstipação é uma das doenças mais comuns da infância, afetando até 30% das crianças no mundo e é responsável por todas as consultas de atenção primaria pediátricas. No periodo neonatal a constipação na infância garalmente é rara, sem evidencia de uma condição orgânica. O diagnóstico é feito com a história clínica. A maioria das crianças com obstipação orgânica. O diagnóstico é feito com a história clínica. A maioria das crianças com obstipação cromo de constipação crônica intratável e seu manejo é dificil. O caso relatado é um caso atípico de obstipação crônica de uma criança de idade pré-escolar com diagnostico tardio de fibrose cistica, A mutação genética dada para o paciente e pela primeira vez descrita em paciente de população oriental. Relato do Caso: Criança do sexo masculino de 4 anos e 11 messes, dá entrada na lad ec fururgia Pediátrica do HC-UFPR com constipação desde o nascimento, permanecendo até 7 días sem evacuar, associado a distensão abdominal e vacuação pastosa de pequena quantidade. Após o primeiro ano de vida, a mãe refere piora clínica. Em outro serviço o paciente realizou anoplastia e sessões de dilatação anal. No exame físico observou-se abdome pouco distendido, indolor a palpação e sem massas palpáveis. Contudo em exame de toque retal constatou-se a presença de grande quantidade de fezes amolecidas na ampola retal, e foi prescrito ao paciente tratamento clínico, correção de dieta e colocação de solução retal de sorbitol associado a laurisulfato de polietinoglicol, além de estímulo a realização de um esforço evacuatório e uso do reflexo gastro-colico. Após 2 meses do início do tratamento, o paciente retorna com manutenção do escape fecal e fecaloma palpável até o hipogástrio. O paciente foi internado e submetido a lavagens retais. Realizou enema opaco que evidenciou megarreto. Foi realizada biopósa retal cirrigica que evidenciou presença de células ganglionares. Foi também submetido à manometria retal que não mostrou alterações. Devido a peristéncia de fecaloma mesmo no boca da