RESUMOS DOS TRABALHOS APRESENTADOS DURANTE O CONGRESSO

a) e-Pôster (Artigo original)

b) e-Pôster (Relato de caso)

c) Tema Livre

d) Vídeo Livre

ID: 113336

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Cirênio de Almeida Barbosa / Barbosa, C.A. / Universidade Federal de Ouro preto; Débora Helena da Cunha / Cunha,D.H. / Faculdade de Minas; Deborah de Oliveira Campos / Campos,D.O. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto; Ana Luiza Marques Felício de Oliveira / Oliveira, A.M. / Universidade Federal de Ouro Preto; João Marcelo Guimarães de Abreu / Abreu, J.G. / Faculdade de Minas; Adéblio José da Cunha / Cunha,A.J. / Hospital São Lucas; Marlúcia Marques Fernandes / Fernandes, M.M. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto; Thais Rocha / Rocha, T. / Hospital das Clínicas de Belo Horizonte;

Título: CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREÓIDE COM METÁSTASE LINFONODAL

Objetivos: O trabalho objetiva evidenciar a ocorrência, os fatores de risco, o diagnóstico, o tratamento, a observação dos casos de metástases e a possível relação com o hipertireoidismo do carcinoma papilífero de tireóide. Métodos: Trata-se de uma revisão de literatura, a partir da base de dados eletrônicos coletados do PubMed, LILACS, Portal Regional da BVS e Cochrane Library. Para isso, foram utilizados descritores ⍰tireoide⍰, ⍰carcinoma⍰ e ⍰linfonodos⍰. Foram avaliados estudos, desde 2001 até 2018, e, desse modo, foram utilizados doze artigos para compor esta pesquisa, sendo excluídos aqueles considerados obsoletos. Resultados: A ocorrência do carcinoma de tireóide mostrou-se mais comum em pessoas do sexo feminino e em idosos, de acordo com estudos epidemiológicos. A ultrassonografia cervical é o exame de imagem mais utilizado para detectar a presença dessa neoplasia devido à alta sensibilidade, a fácil execução e a não necessidade de preparo do paciente. O Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia orienta que a primeira etapa do tratamento do carcinoma papilífero de tireóide dá-se pela retirada completa ou parcial da glândula tireóide, isso quando há o nódulo é maior que 4 cm e há alta suspeita clínica. Os estudos reforçam que a retirada total da glândula representa menor risco de mortalidade e baixa recidiva tumoral, quando comparada à intervenção cirúrgica de retirada parcial. O seguimento do paciente visa identificar precocemente metástases e recidivas. Outro estudo revelou que a persistência dessa neoplasia está associada ao tratamento incompleto da doença que, por um lado, pode ser causado pela impossibilidade da remoção completa de alguns tumores ou pela não remoção dos tumores linfonodais. A relação do câncer do tipo papilífero de tireóide e do hipertireoidismo (HPT) ainda está mal formulada; alguns autores acreditam que seja casual, outros observaram que o desenvolvimento de ambas as doenças ocorrem após a irradiação cervical. Contudo, de fato, muitas pesquisas ainda precisam ser elaboradas para que tal associação seja minuciosamente compreendida. Conclusão: O câncer de tireoide é uma das neoplasias endócrinas mais frequentes encontradas na prática clínica, e, dentre eles, ressalta-se o carcinoma papilífero. A doença possui bom prognóstico e pode ser identificada pelo ultrassom, sendo o diagnóstico precoce fundamental para tratar a doença. As metástases de linfonodos regionais têm relação direta com a recidiva do carcinoma e com a mortalidade dos pacientes.

Palavras-chave: tireoide; carcinoma; linfonodos

ID: 113296

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Gabriela Oliveira Bagano / Bagano, G. O. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; André Claudio Rocha / Rocha, A. C. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Guilherme Eustaquio Rodrigues / Rodrigues, G. E. / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Lucas Ettinger Mendes / Mendes, L. E. / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Gabriel Oliveira Bagano / Bagano, G. O. / Faculdade UNIME Lauro de Freitas; Matheus Neres Silva / Silva, M. N. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Michelle Rabello Tacconi / Tacconi, M. R. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Fabio Longarini Veríssimo de Mello / Mello, F. L. V. / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;

Título: NEOPLASIA MALIGNA DE LARINGE: UM PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO ESTADO DE SÃO PAULO NOS ANOS DE 2016 2022

INTRODUÇÃO: No Brasil, a Neoplasia Maligna de Laringe (NML) é uma doença que incide em cerca de 31767 pessoas e é o câncer que mais acomete a região da cabeça e do pescoço (25% dos tumores malignos nessa região). De acordo com estimativas do Instituto Nacional de Câncer (Inca), são esperados 6.470 novos casos de câncer de laringe em homens e 1.180 em mulheres para cada ano do triênio 2020-2022. Tal patologia corre, predominantemente, em homens acima de 50 anos e representa 2% de todas as doenças malignas. MÉTODOS: Trata-se de estudo ecológico com abordagem quantitativa, descritivo e de caráter temporal. A partir da base de dados do Sistema Único de Saúde, foram avaliadas as hospitalizações por neoplasia de laringe, no estado de São Paulo, durante o período compreendido entre janeiro de 2017 e marco de 2022. Foram utilizadas as seguintes variáveis categóricas: números de internações e de óbitos, valores total e médio da internação e taxa de mortalidade de acordo com sexo masculino/feminino, cor/raça e com faixas etárias pré-estabelecidas. RESULTADOS: O número bruto de internações por NML foi mais de 6x maior no sexo masculino, que também apresentou os maiores números de média de internações, óbitos totais e taxa de mortalidade. A faixa etária mais acometida na população geral e em ambos os sexos foi a de 60 69 anos. Quanto ao comportamento da doença com relação a etnia, observou-se que o maior número bruto de internações foi de indivíduos brancos, porém as taxas de mortalidade foram maiores em pardos e, em seguida, em pretos. CONCLUSÃO: Em consonância com os dados evidenciados em revisão de literatura, os homens apresentaram uma prevalência e taxa de mortalidade por NML no estado de São Paulo significativamente maior do que as mulheres. Isso pode ser explicado pelas maiores taxas de tabagismo e etilismo encontradas no sexo masculino, uma vez que são fatores de risco importantes para a doença. A média de idade mais acometida encontrada também é semelhante à já relatada em literatura prévia. Apesar do número de internações expressivamente maior em indivíduos brancos, a população parda e preta foi mais propensa a morrer pela doença.

Palavras-chave: Neoplasia Maligna de Laringe; Neoplasia de Cabeça e Pescoço ; Cirurgia de Cabeça e Pescoço

ID: 113583

Área: CIRURGIA DA OBESIDADE

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Eduardo Cattapan Piovesan / Piovesan, E. C. / Universidade de Passo Fundo; Bruna Zanatta de Freitas / Freitas, B. Z. / Universidade de Passo Fundo; Jeferson da Silva da Silva / Silva, J. S / Universidade de Passo Fundo; Eduardo Augusto Maciel Pitt / Pitt, E. A. M. / Universidade de Passo Fundo; Emanuelle Tavares / Tavares, E. / Universidade de Passo Fundo; Matheus Felipe Aquino Oliveira / Oliveira, M. F. A. / Universidade de Passo Fundo; Patrick Bonacina / Bonacina, P. / Universidade de Passo Fundo; Paulo Roberto Reichert / Reichert, P. R / Universidade de Passo Fundo;

Título: CIRURGIA BARIÁTRICA POR VIA VIDEOLAPAROSCÓPICA: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

Objetivo: A cirurgia bariátrica é o principal tratamento para os casos de obesidade grave. Estatísticas indicam que a via videolaparoscópica é uma técnica menos invasiva e com menor tempo de recuperação. O presente estudo tem por objetivo analisar dados epidemiológicos a respeito desse método, visto que está entre as técnicas mais modernas no Brasil e há poucos dados a respeito. Método: Estudo descritivo e retrospectivo sobre sobre a cirurgia bariátrica por videolaparoscopia no Brasil, entre os anos de 2017 e 2021. Os dados foram obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Foram utilizadas as variáveis de número de internações, valor total despendido, valor médio por internação, média de permanência, número de óbitos, taxa de mortalidade e região. Não foi necessário aprovação do Comitê de Ética, pois trata-se de um estudo de banco de dados públicos. Resultado: De acordo com a análise de dados de custos adquiridos tem-se que, no período de 2017 a 2021, foram gastos R$ 18.466.875,93 na realização de cirurgia bariátrica por via videolaparoscópica. A média de valores por internação para o procedimento foi de R$ 6.255,72. Os valores despendidos para realização da cirurgia bariátrica em 2017 foram de R$ 1.354.689,78 em custo total e R$ 6.214,17 em custo médio por internação. Em 2021, os valores foram de R$ 5.212.709,76 e R$ 6.250,25, respectivamente. O número total de internações para realização do procedimento, durante esses 5 anos, foi de R$ 2.952 com uma média de permanência de 3,5 dias. O número de internações em 2017 teve como total 218 internações, já em 2021 o total foi de 834 internações. Em relação a média de permanência, em 2017 a média era de 3,9 dias e, em 2021, a média registrada foi de 3 dias. No período analisado, registrou-se o total de 1 morte absoluta pelo procedimento, com uma taxa de mortalidade de 0,03%. Ademais, as regiões que apresentaram os maiores números do procedimento foram a Nordeste (42,92%) e Sudeste (33,81%). As regiões Sul e Centro-Oeste representaram 16,2% e 6,53%, respectivamente. A região Norte apresentou o menor número com 1%. A média de permanência foi maior na região Sudeste com 4 dias, seguida pela região Nordeste, com 3,9 dias, e Centro-Oeste, com 2,5 dias. As regiões Norte e Sul apresentaram as menores médias, com 4 dias e 2,1 dias, respectivamente. Conclusão: No Brasil, de 2017 a 2021, os custos para a realização da cirurgia bariátrica por via videolaparoscópica, assim como o número de internações, sofreram um aumento. Em contrapartida, houve uma redução em relação à média de permanência hospitalar. Nota-se o maior número de internações na região Nordeste e a maior média hospitalar registrada na região Sudeste.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica; Videolaparoscópica; Epidemiologia

ID: 113389

Área: CIRURGIA DA OBESIDADE

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Clara Pontes Werneck Ramos / Pontes, W. C. / Fundação Técnico educacional Souza Marques; Guilherme La Porta de Farias / Farias, G. L. P. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Bettina de Almeida e Souza Bichara / Bichara, B. A. S. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Amanda Singer Sztajnbok / Singer, A.S. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Fernanda Garcez Rocha / Garcez, F. R. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques;

Título: O PAPEL DA CIRURGIA BARIÁTRICA NA REMISSÃO DIABÉTICA

OBJETIVO: A diabetes mellitus tipo 2 (DM2), devido a sua relação direta com diversas comorbidades, é uma das doenças crônicas com maior índice de mortalidade. Além de ser responsável por inúmeras complicações e de estar fortemente associada à obesidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a obesidade aumenta a morbimortalidade relacionada a resistência à insulina e a DM2. Diante disso, a perda de peso contribui para o sucesso da terapêutica nos diabéticos. Portanto, tem-se procurado abordagens terapêuticas mais eficazes, entre elas opções cirúrgicas. Nesse contexto, a cirurgia bariátrica se torna uma ferramenta efetiva não somente na perda de peso, mas também no controle da DM2. O presente trabalho objetiva discutir sobre a cirurgia bariátrica como adjuvante no tratamento da diabetes mellitus tipo 2. MÉTODOS: Foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados Pubmed, Medline e UpToDate, em um espaço amostral de 2010 a 2022, nas línguas português e inglês. Os descritores usados para a pesquisa foram diabetes mellitus tipo 2 " e cirurgia bariátrica" unidos pelo operador booleano "E". RESULTADOS: Pacientes com obesidade grave, ou seja, IMC maior ou igual a 40 Kg/m2, apresentam maior risco de comorbidades. Para estes indivíduos, bem como para aqueles com IMC igual ou maior que 35 e que já apresentam doenças associadas, a cirurgia bariátrica tem demonstrado ser eficaz na melhora destas doenças, incluindo o DM2. Apesar da efetividade em relação à perda de peso e resolução de comorbidades, a cirurgia bariátrica é, em teoria, menos desejável para pacientes com peso normal ou sobrepeso. Na eficácia no controle do diabete, os diversos procedimentos mostraram as seguintes percentagens: derivação biliopancreática ou duodenal, 98,9%; bypass gástrico 83,7%; gastroplastia 71,6%; bandas gástricas 47,9%. Existe diferença significativa entre os tempos para remissão (p-valor <0,001), e a chance de remissão do DM2 no sexto mês é 1,58 (1,41-1,78) vezes a chance no terceiro mês; entre o nono e o sexto mês, de 4,58 (3,66-5,74) vezes; e entre o 12o e o nono mês, de 1,31 (1,15-1,49). Existe também diferença significativa entre o 18o e 12o mês (p-valor =0,044), e a chance de encontrar um paciente com remissão do DM2 no 18o mês é 1,09 (1,00-1,16) vezes a chance no 12o mês. CONCLUSÕES: A cirurgia bariátrica apresenta resultados benéficos na condução e no prognóstico dos pacientes com DM2. Todavia, é necessário compreender os riscos e benefícios associados, reconhecendo suas limitações. Desse modo, trata-se de um método terapêutico indicado apenas nos casos de alta massa corporal.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Cirurgia Bariátrica; Indução de Remissão

ID: 113559

Área: CIRURGIA PEDIÁTRICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Yasmin Ricarte Hass Lopes / Lopes, Y. R. H. / Universidade Federeal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; Luiza Seixas de Sá Beltramo / Beltramo, L. S. S. / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; Laura Tibola Marques da Silva / Silva, L. T. M. da / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; Gabriele Eckerdt Lech / Lech, G. E. / Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul;

Título: ABORDAGEM DE PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS NO BRASIL FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19: UM ESTUDO COMPARATIVO

Objetivos: Em 2020, cenário da pandemia causada pelo coronavirus (SARS-CoV-2) no Brasil mudou completamente a dinâmica dos serviços de saúde. Em relação ao campo cirúrgico, o risco decorrente da infecção pré, intra e pós operatória, bem como a limitação de recursos hospitalares foram alguns dos impactos decorrentes do período. Ademais, desde a instituição do distanciamento social como prevenção ao contágio por COVID-19, muitos pacientes evitaram a busca por serviços médicos. Dessa forma, os riscos relacionados à pandemia impuseram barreiras ao sistema de saúde brasileiro na triagem oncológica. Posto isso, o presente estudo busca analisar possíveis impactos no diagnóstico e tratamento cirúrgico de pacientes oncológicos pediátricos nesse contexto. Metodologia: Inicialmente, foram analisados os dados do DATASUS (base de dados do Sistema Único de Saúde do Brasil) quanto ao número total de diagnósticos de câncer em 2019, 2020 e 2021. Posteriormente, analisaram-se os mesmos dados restritos a faixa-etária de 0-19 anos. Em sequência, foram avaliados na mesma plataforma os dados relativos ao número total de procedimentos cirúrgicos oncológicos em câncer pediátrico nessa faixa-etária no Brasil entre os anos 2019, 2020 e 2021. Resultados: No ano de 2019, 561.039 novos casos de câncer foram diagnosticados no Brasil, sendo 15.851 desses pacientes entre 0-19 anos. Em 2020, o número total de diagnósticos foi de 502.766, desses, 14.842 nessa faixa etária. Em 2021, o número total de diagnósticos foi de 538.993, desses 16.900 na faixa-etária analisada. Sobre esses dados, em 2020 e 2021, percebe-se uma redução de aproximadamente de 10,38% e de 3,92%, respectivamente, no número total de diagnósticos de câncer no Brasil, em relação ao ano de 2019 e uma redução aproximada de 6,38% e um aumento aproximado de 6,61%, respectivamente, nos diagnósticos de câncer em pacientes pediátricos, no comparativo com o mesmo ano. Quanto ao tratamento cirúrgico, durante 2019, foram feitas 3.154 cirurgias oncológicas pediátricas. Em 2020, foram realizadas 2.775 cirurgias oncológicas pediátricas, enquanto, em 2021, esse número foi 3.062, nessa faixa-etária. Sobre as cirurgias oncológicas pediátricas, observa-se uma redução aproximada de 12,01% e de 2,91%, nos anos de 2020 e 2021 respectivamente, em relação a 2019. Conclusão: A pandemia do coronavírus impactou os serviços de saúde integralmente, influenciando o manejo dos pacientes oncológicos pediátricos. Em 2020 e 2021, esse decréscimo é multifatorial, e a pandemia da COVID-19 é um dos fatores a serem considerados quando se pensa no prognóstico e tratamento desses pacientes. Ainda, como observado nos resultados, é imprescindível analisar uma possível demanda reprimida pela pandemia. Assim, ressalta-se a necessidade de compreender as influências da COVID-19 nesse contexto, para promover um diagnóstico rápido e garantir um tratamento cirúrgico adequado a essa população.

Palavras-chave: Cirurgia pediátrica; COVID-19; Oncologia

ID: 113238

Área: CIRURGIA PEDIÁTRICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Jéssica Moreira Santos / Jéssica Moreira Santos / Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG) - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil; Rodrigo Romualdo Pereira / Pereira, R. R. / Hospital Governador Israel Pinheiro (IPSEMG) - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil;

Título: GASTROSQUISE NO NEONATO COMO UMA CRISTALIZAÇÃO DOS DESAFIOS DA CIRURGIA GLOBAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Objetivo: Avaliar diferenças na mortalidade global da gastrosquise e investigar possíveis soluções. Método: Trata-se de uma revisão integrativa, conduzida nas bases de dados MEDLINE e Lilacs, tendo a seguinte pergunta norteadora: quais as diferenças na mortalidade global da gastrosquise o que pode ser feito para diminui-la? Os descritores utilizados foram: Gastrosquise, Mortalidade e Neonatologia. Os critérios de inclusão foram: estudos observacionais e ensaios clínicos, disponíveis em inglês ou português, publicados nos últimos 5 anos. Os critérios de exclusão foram: relatos de casos, revisões de literatura e artigos que fugissem do tema proposto. Resultados: Da análise dos 7 artigos selecionados, observou-se que a taxa de mortalidade varia de 90% a 98% em países subdesenvolvidos. Já nos em desenvolvimento, como o Brasil, é observado uma mortalidade de cerca de 30%. Por outro lado, nos países desenvolvidos a porcentagem é de cerca de 1,4%. Estudos apontam que o diagnóstico pré-natal, nascimento em um centro pediátrico, ressuscitação efetiva, uso de checklist de cirurgia segura, disponibilidade de unidade de terapia intensiva, medidas de prevenção e recursos humanos são essenciais para a melhorar as taxas de mortalidade nas regiões de vulnerabilidade. A adoção de protocolos e diretrizes eficazes têm significativo potencial em aumentar a sobrevivência dos neonatos. Conclusão: A gastrosquise, condição facilmente tratada cirurgicamente em países com recursos econômicos, é praticamente fatal em países pobres e um grande desafio para países em desenvolvimento, como o Brasil, evidenciando os desafios que discrepâncias socioeconômicas impõe ao acesso à cirurgia. Abordagem holística é necessária para melhorar a situação, incluindo infraestrutura, desenvolvimento de recursos humanos, materiais e adoção de protocolos efetivos.

Palavras-chave: Gastrosquise; Mortalidade; Neonatologia

ID: 112532

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Laura Tibola Marques da Silva / SILVA, L. T. M. da. / UFCSPA;

Título: CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL: RELAÇÃO DO SEXO BIOLÓGICO COM O NÚMERO DE PROCEDIMENTOS NO BRASIL

Objetivos: Analisar o número de procedimentos cirúrgicos de neofaloplastia por sexo biológico no Brasil e os fatores contribuintes para as diferenças entre os índices de ocorrência dos dois casos (redesignação sexual nos sexos masculino e feminino) no Sistema Único de Saúde (SUS) do país. Métodos: Os dados foram coletados no banco de dados DATASUS, analisando o número de cirurgias de redesignação sexual no sexo masculino e feminino no período de 2017 a 2021. Resultados: Foram avaliados 142 procedimentos de redesignação sexual no período de 2017 a 2021, sendo 136 no sexo masculino e 6 no sexo feminino. Em relação aos procedimentos em pacientes de sexo biológico masculino, nos anos de 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021 foram realizadas, respectivamente, 39, 34, 37, 15 e 11 cirurgias. Em pacientes de sexo biológico feminino, os procedimentos ocorreram apenas nos anos de 2019, 2020 e 2021, com um número de 1, 4 e 1 cirurgias, respectivamente. Em relação a unidade de federação, os procedimentos em pacientes de sexo biológico masculino ocorreram nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Goiás. Os procedimentos em pacientes de sexo biológico feminino, por sua vez, foram realizados apenas nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Conclusões: O número de neofaloplastias realizadas em pacientes de sexo biológico feminino são consideravelmente menores que os realizados em pacientes de sexo biológico masculino. Entre as razões pode estar a insatisfação com a técnica mais utilizada e disponível pelo SUS (vaginectomia seguida de metoidioplastia com associação hormonal, em condição experimental), visto que a técnica que permite um resultado mais semelhante com o esperado (faloplastia por redesignação sexual) é mais complexa, possui um custo elevado e não está disponível no sistema público brasileiro. Ademais, por tratar-se de um procedimento permitido tardiamente (2013) comparado ao mesmo para pacientes biologicamente masculinos (2008), de modo experimental e de viabilidade restrita a poucas instituições do país, a dificuldade de acessibilidade, a desinformação do paciente e a alta concentração de instituições autorizadas são fatores relevantes para a análise. Para futuros estudos, o impacto da pandemia da COVID-19 deve ser considerado.

Palavras-chave: Cirurgia de redesignação sexual; Cirurgia de Mudança de Sexo ; Saúde pública

ID: 113691

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Gabriela Gimenes Vesco / Vesco, G. G. / Complexo Hospitalar Prefeito Edvaldo Orsi;

Título: EXPERIÊNCIA DO USO DA TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA NO TRATAMENTO DA FASCEÍTE NECROTIZANTE

Objetivo: A fasceíte necrosante (FN) é uma infecção polimicrobacteriana grave, destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo e fáscia superficial, associada a altos índices de morbimortalidade se não houver um tratamento precoce. O uso da terapia com pressão negativa (TPN) tem grande relevância no tratamento de feridas complexas, sendo efetivo no manejo das lesões provocadas pela FN. Desde sua introdução, a TPN, uma técnica avançada no auxílio da cicatrização, tornou-se um método adjuvante bem estabelecido no tratamento das feridas complexas. Embora sua aplicação não seja complexa, o conhecimento adequado do seu mecanismo de ação e das suas principais indicações podem otimizar e racionalizar seu uso, levando a resultados mais efetivos e colaborando para melhorar a qualidade de vida dos usuários. O objetivo desse estudo é descrever a eficácia do uso da TPN no auxilio do tratamento da FN. Método: Trata-se de um trabalho retrospectivo e descritivo, sobre o uso de terapia por pressão negativa em pacientes com diagnóstico de fasceíte necrotizante. As informações foram obtidas através de uma revisão de registros médicos em prontuários de 17 pacientes. Resultados: A maioria dos pacientes eram do sexo masculino, com idade média de 49 anos, 47% diabéticos tipo 2 e procuraram o atendimento médico de forma tardia. O tempo médio de internação foi de 16,2 dias. O tempo médio do uso de curativo com pressão negativa foi de 6 dias, com troca a cada 3 dias, enquanto o curativo convencional, teve seu tempo médio de uso de 12 dias, e na maioria dos casos, necessitou troca diária. A TPN adaptada na instituição permitiu uma redução em 53% do tempo médio de uso de curativos e de 16 vezes do custo hospitalar estimado com materiais em relação ao curativo convencional. Conclusões: A TPN, mesmo com uso de equipamentos adaptados, é um substituto simples e eficaz em comparação aos curativos convencionais, visto que contribuiu para otimização no tempo de tratamento, aceleração no preparo da ferida, reconstrução mais precoce, colaborando para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Assim, a TPN deve compor o arsenal terapêutico dos cirurgiões da atualidade para o tratamento das mais variadas feridas, e ao que tudo indica a mesma será considerada, em breve, o curativo padrão ouro no manejo das feridas complexas.

Palavras-chave: fasceíte necrotizante; terapia por pressão negativa; curativo a vácuo

ID: 113300

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Lara Dias Castro Cavalcante / Cavalcante, L.D.C. / Associação Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos; Beathriz Fernanda Reis de Goes / Goes, B.F.R. / Clínica de Cirurgia Plástica Ewaldo Bolívar; Desiree Piccoli de Oliveira / Oliveira, D.P. / Clínica de Cirurgia Plástica Ewaldo Bolívar; Juliana Vicente Techentin / Techentin, J.V. / Hospital Universitário Evangélico Mackenzie; Patrícia Joia Peres / Peres, P.J. / Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; Vinícius Eduardo Joia Peres / Peres, V.E.J. / Associação Santa Casa de Misericórdia de Ourinhos;

Título: IMPLANTE MAMÁRIO E SÍNDROME ASIA: UMA ONDA ANTI-PLÁSTICA OU PERIGO IMINENTE?

OBJETIVO O presente estudo tem como objetivo analisar a correlação do implante mamário com o desenvolvimento da Síndrome Autoimune Induzida por Adjuvantes (ASIA) e o impacto estatístico do número de explantes mamários. Desde o seu reconhecimento, mais de 4.400 casos documentados foram relatados até agora, ilustrados por manifestações clínicas e gravidade heterogêneas [2]. MÉTODO Trata-se de uma revisão integrativa de literatura através de busca na base de dados Medical Literature and Retrieval System Online e da Scientific Electronic Library Online usando os Descritores em Ciência da Saúde: doença do implante mamário, síndrome ASIA, silicone, sendo filtrados trabalhos publicados de 2012 a 2022 e dados estatísticos da Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (ISAPS). RESULTADOS Em meados de 2010 a ASIA foi citada pelo Journal of Autoimmunity para agrupar um conjunto de doenças imunomediadas que se desenvolvem entre indivíduos geneticamente propensos (HLA-DRB1 e PTPN22) como resultado da exposição ao agente adjuvante[2]. Dentre elas, siliconose, síndrome da Guerra do Golfo, síndrome da miofascite macrofágica e fenômenos pós-vacinais [1]. Do ponto de vista clínico, a exposição a adjuvantes de silicone levou a manifestações como artralgia, artrite, mal-estar e pirexia, dores de cabeça, fadiga e fraqueza generalizada7 . Os Critérios sugeridos por Shoenfeld ajudam a fechar o diagnóstico a partir da presença de pelo menos dois critérios maiores ou um critério maior e dois menores que variam desde quadro clínico com febre, boca seca, desmielinização, artralgia á biópsia típica de órgãos envolvidos.8. A resposta inflamatória pode ser reduzida após explante das próteses mamárias. O método é útil para melhora das queixas relacionadas ao silicone em 75% dos pacientes, mas nos que desenvolveram doenças autoimunes a melhora é observada quando combinado terapia imunossupressora3. No fechamento estatístico de 2021 da ISAPS, notou-se um total de 206.826 remoções de implantes mamários, 2% do total de procedimentos cirúrgicos realizados pelo mundo. Não foram informadas as causas para os procedimentos, por isso não deve-se relacioná-los com a ASIA em questão e sim evidenciar que o procedimento, apesar de não tão comum quanto o implante, ainda é bastante realizado. CONCLUSÃO Por anos o implante mamário desperta discussões, mas continua sendo o procedimento cirúrgico estético mais realizado no mundo, colocando-o numa posição com ampla amostragem e consequentemente com maior porcentual de capacidade para desfechos a serem estudados. A despeito dos dados e estudos recentes, a colocação de prótese permanece como um procedimento seguro que ajuda milhares de mulheres anualmente em efeitos estéticos e psicológicos. Com o avançar dos estudos a correlação da prótese mamária e a ASIA será cada vez mais estreita, clara e disseminada, devendo ser explanada como possível complicação às mulheres que optam pelo procedimento.

Palavras-chave: Síndrome ASIA; Silicone; Implante mamário

ID: 112531

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Laura Tibola Marques da Silva / SILVA, L. T. M. da. / UFCSPA;

Título: IMPORTÂNCIA DE CENTROS DE SAÚDE DO SUS ESPECIALIZADOS NA POPULAÇÃO TRANSEXUAL PARA O POTENCIAL AUMENTO DO NÚMERO DE CIRURGIAS DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL

Objetivos: Associar o número de centros de saúde especializados para a população transexual ao número de cirurgias de redesignação sexual (CRS) realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos estados brasileiros em 2019. Métodos: Foi utilizada a base de dados DATASUS para obtenção do número de cirurgias de redesignação sexual realizadas pelo SUS em 2019 e dados da Cartilha Travestis e Transexuais na Saúde, disponibilizada pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), para obtenção do número de centros especializados na população transexual no Brasil. A determinação do grau de relação entre as variáveis é dada pelo coeficiente de Pearson e regressão linear ANOVA. Resultados: Foram avaliados 38 procedimentos de redesignação sexual realizados pelo SUS em 2019 e 29 centros de saúde do país especializados na população transexual. A correlação entre o número de procedimentos e o número de centros de saúde especializados nas unidades federativas foi significativa ($p=0,0004$) e direta ($r^2=0,628$). Os estados do Rio Grande do Sul e Pernambuco realizaram o maior número de procedimentos, contabilizando 13 e 10, respectivamente. Em relação ao número de centros de saúde, os estados de Pernambuco e São Paulo foram destaque, contabilizando igualmente 5 unidades especializadas. Todos os estados com instituições de saúde autorizadas a realizar a CRS pelo SUS possuem, ao menos um, centro de saúde especializado. A maioria dos centros especializados foram criados por meio de redes de saúde estaduais. Apenas 5 estados do país têm instituições autorizadas para a realização de CRS pelo SUS. Conclusões: Os estados com centros de saúde especializados na população transexual possuem maior potencial e suporte para o processo de redesignação sexual, tanto na etapa cirúrgica quanto nas etapas hormonal e psicológica. O investimento público em atendimento ambulatorial e hospitalar do SUS para o paciente transexual ainda se mostra pequeno comparado às necessidades desses pacientes, tendo em vista o baixo índice de procedimentos anuais e o pequeno número de estados com instituições autorizadas a realizá-los, possivelmente, por conta da falta de infraestrutura necessária e dificuldade de um acompanhamento direcionado dos processos. Dessa forma, a fundação de centros especializados, além de contribuir para a acessibilidade do tratamento em diferentes unidades federativas, influencia positivamente em todas as etapas do processo de redesignação sexual, incluindo a cirúrgica que, certamente, detém um grande potencial de progressão no país.

Palavras-chave: Cirurgia de redesignação sexual; Saúde Pública; Tratamento de Transgenitalização

ID: 112530

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Laura Tibola Marques da Silva / SILVA, L. T. M. da. / UFCSPA; Gabriele Eckerdt Lech / Lech G. E. / PUCRS;

Título: INFLUÊNCIA DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE REDESIGNAÇÃO SEXUAL NO BRASIL

Objetivos: Avaliar a influência da pandemia do novo Coronavírus nos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Métodos: Foi utilizado o banco de dados DATASUS para coletar o número de cirurgias de redesignação sexual (CRS) nos anos de 2008 a 2021. A análise estatística foi realizada por regressão linear com o método ANOVA. Resultados: Entre o período de 2008 e 2021 foram realizadas 220 cirurgias de redesignação sexual no Brasil. De 2008 a 2014 não houveram registros de CRS pelo sistema. De 2014 a 2019 o número de procedimentos apresentou um aumento progressivo de 123,5% (17 cirurgias em 2014 e 38 em 2019) sem quedas significativas. De 2019 a 2021, período já influenciado pela pandemia do novo Coronavírus, houve uma queda abrupta de 68,4% dos procedimentos, considerando que o ano de 2021 apresentou um número de procedimentos menor do que o ano de 2014, com 12 cirurgias. Conclusões: A pandemia do novo SARS-COV-2 influenciou drasticamente no número de cirurgias de redesignação sexual do Sistema de Saúde Único (SUS) do Brasil. O impacto causou uma regressão de cerca de 13 anos de avanços progressivos conquistados nestes procedimentos, visto que foram aprovados para realização no SUS apenas no ano de 2008. Observa-se que, muito provavelmente, a fila de espera para a realização dessas cirurgias aumentou consideravelmente. Dessa forma, torna-se imprescindível a busca pelo retorno desses procedimentos, a fim de recuperar e superar o número de procedimentos anualmente realizados anteriormente à pandemia, assim como habilitar novas instituições para sua realização, visto que eles ainda encontram muitas limitações no sistema público do país.

Palavras-chave: Cirurgia de redesignação sexual; Cirurgia de Transgenitalização; SUS

ID: 113390

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Clara Pontes Werneck Ramos / Pontes, W. C. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Bernardo Freire Formozinho de Sá / Formozinho, B. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Bruno Madeira Feio da Silva / Silva, B. M. F. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Eduardo Hermida Quirino / Quirino,E.H. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Caroline Paredes Serrano / Serrano,C.P. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Isabel Guerreiro Lima de Albuquerque / Albuquerque, I. G. L. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques;

Título: MANEJO CIRÚRGICO DAS ÚLCERAS POR PRESSÃO

OBJETIVO: Prevenção deveria ser a principal abordagem terapêutica das úlceras por pressão (UP), apesar disso essas ainda apresentam grande prevalência entre os pacientes com dificuldades na deambulação, sendo então, necessária, a intervenção cirúrgica. As UP são lesões crônicas, geralmente evitáveis, de etiologia isquêmica que ocorrem pelo aumento de pressão externa e se localizam, usualmente, sobre proeminência óssea. Elas são classificadas em estágios, os quais são importantes para a elaboração de estratégias terapêuticas. A cirurgia é indicada para o tratamento de UP de estágio III e IV e surge para alívio da dor e como profilaxia de infecções, além de evitar urgências médicas, como bacteremia, sepse ou osteomielite. O presente trabalho objetiva discorrer sobre as diferentes técnicas cirúrgicas de manejo das úlceras por pressão. MÉTODO: Foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados Pubmed, Medline e UpToDate, em um espaço amostral de 2017 a 2022, nas línguas português e inglês. Os descritores usados para a pesquisa foram pressure ulcer " e treatment" unidos pelo operador booleano "AND". RESULTADOS: A indicação de intervenção cirúrgica das UP, em estudos nacionais e internacionais, foi baseada a partir de diversos aspectos: classificação das úlceras, alívio da dor, o local de acometimento, o estado geral do paciente, a disponibilidade de área doadora de retalho. Tratamentos realizados foram: o debridamento sem retalho, retalhos fasciocutâneos de fáscia lata clássicos, retalho cutâneo rombóide, retalhos miocutâneos de glúteo máximo em V-Y, retalhos fasciocutâneos posteriores da coxa em V-Y, retalhos fasciocutâneos de fáscia lata em V-Y, retalhos ao acaso e síntese primária. Cerca de 60% das UP tratadas evoluíram sem intercorrências . Como complicações, observam-se: infecção, deiscência da sutura, sangramento e necrose. Grande parte das complicações corresponderam às úlceras sacrais com retalhos V-Y de glúteo máximo. Todas as opções de tratamento são eficazes, porém não evitam a recidiva, a qual ocorre em, aproximadamente, 20% dos pacientes em média de seis meses de acompanhamento. Tal baixo índice provavelmente está relacionado ao curto tempo de acompanhamento, visto que estudos relatam taxas acima de 26% a 48%. CONCLUSÕES: A partir da análise dos artigos mostra-se evidente que as opções cirúrgicas das UP dependem das particularidades de cada úlcera e paciente. Essas incluem debridamento, diversos tipos de retalhos ou síntese primária, sendo indicadas para melhora da qualidade de vida e diminuição dos índices de infecção e outras urgências. Como esses procedimentos estão sujeitos a complicações e recidivas, faz-se importante a implementação de medidas profiláticas que possam preveni-las e a busca por tratamentos mais eficazes.

Palavras-chave: Lesão por pressão; Procedimentos Cirúrgicos Reconstrutivos; Retalhos cirúrgicos

ID: 113434

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Ana Márcia Azevedo de Sousa / Sousa, A.M.A / UNISA; Osvaldo Antonio Prado Castro / Castro, O.A.P / UNISA; Thales Felipe dos Santos Pereira / Pereira, T.F.S / UNISA; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer, B.M / UNISA; Jose Marcos Monteiro Fonseca / Fonseca, J.M.M / UNISA;

Título: O EFEITO DA CIRURGIA PLÁSTICA NA MANUTENÇÃO DA PERDA PONDERAL EM PACIENTES PÓS BARIÁTRICA: REVISÃO DE LITERATURA

Objetivo: Demonstrar que a cirurgia de contorno corporal realizada após cirurgia bariátrica está relacionada com uma perda ponderal mais significativa e duradoura. Método: Realizada pesquisa no PubMed em setembro de 2020, utilizando os termos "body contouring", "weight control" e "bariatric surgery", gerou 43 resultados. Dentre eles incluíam-se textos completos, em Inglês ou Português, publicados nos últimos 7 anos. Destes, 6 artigos foram selecionados obedecendo os critérios: (1) participantes do estudo foram submetidos à cirurgia bariátrica; (2) parte dos participantes do estudo foi submetida a um ou mais procedimentos de contorno corporal após cirurgia bariátrica; (3) estudos de coorte ou caso-controle que analisaram a influência da cirurgia de contorno corporal na variação ponderal dos pacientes pós bariátrica; (4) estudos até nível III de evidência científica de Oxford. Resultados: Os artigos selecionados foram 2 estudos coorte e 4 caso-controle, realizados nos últimos sete anos nos Estados Unidos, Europa e Oriente Médio. A cirurgia bariátrica mais realizada foi a Gastroplastia em Y de Roux (92%), seguido de Banda Gástrica Ajustável (6%) e Gastrectomia vertical (2%). A cirurgia de contorno corporal ocorreu num intervalo de 18 a 42 meses após a cirurgia bariátrica e a abdominoplastia foi a mais frequente entre elas (também foram realizados paniculectomia, cruroplastia, braquioplastia, mastopexia, entre outras intervenções). Totalizaram-se 1.590 participantes, sendo 718 casos (pacientes que foram submetidos à cirurgia bariátrica e de contorno corporal) e 872 controles (pacientes submetidos apenas à cirurgia bariátrica), acompanhados durante um período que variou entre 5 e 7 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (83%) e a média de idade foi de 40,5 anos. Para avaliar o resultado da cirurgia bariátrica, as principais medidas utilizadas foram o IMC, o percentual de perda de peso (%PP) e o percentual da perda do excesso de peso (%PEP). 5 estudos forneceram resultados do IMC pré e pós bariátrica, em um período de seguimento que variou entre 5 e 7 anos, momento durante o qual pacientes do grupo caso foram submetidos à cirurgia de contorno corporal. Observa- se, com unanimidade, a prevalência de um IMC final mais elevado nos pacientes do grupo controle ao final desse período. Apenas 2 artigos analisaram o %PP para comparar a perda de peso entre os grupos caso e controle, uma vez que estudos têm mostrado ser o parâmetro menos influenciado pelo IMC pré-bariátrica. Como resultado, obtiveram-se valores menores de %PP nos grupos controle após cinco anos de seguimento. 4 dos trabalhos também obtiveram o %PEP, após 5 ou 7 anos de seguimento, com porcentagens maiores encontradas no grupo submetido a cirurgia de contorno corporal. Conclusão: Evidências trazidas nessa revisão reforçam os benefícios da cirurgia de contorno corporal em pacientes submetidos a cirurgia bariátrica no que tange a manutenção e a perda de peso a longo prazo.

Palavras-chave: contorno corporal; cirurgia bariátrica; perda de peso

ID: 112867

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Emerson Wesley de Freitas Cordeiro / CORDEIRO, E. W. F. / HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS (HEGV/RJ); Nicole Souza Henriques / HENRIQUES, N. S. / HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS (HEGV/RJ); Felipe Pinto de Lemos / LEMOS, F. P. / HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS (HEGV/RJ); Marcelo de ávila Trani Fernades / FERNANDES, M. A. T. / HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS (HEGV/RJ); Alex Lima Sobreiro / SOBREIRO, A. L. / HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS (HEGV/RJ); Talita Dourado Rocha / ROCHA, T. D. / HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS (HEGV/RJ); Laura Silva de Oliveira / OLIVEIRA, L. S. / HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS (HEGV/RJ); Natália de Oliveira Duarte Diniz / DINIZ, N. O. D. / emerson_wesley@hotmail.com;

Título: RECONSTRUÇÃO PERINEAL COM RETALHO FASCIOCUTÂNEO SÚPERO-MEDIAL DA COXA BILATERALMENTE APÓS SÍNDROME DE FOURNIER

Introdução: A Síndrome de Fournier é uma doença que acomete os tecidos da área genital e perianal com alta taxa de mortalidade, afetando principalmente homens com mais de 50 anos. Comorbidades como diabetes mellitus, alcoolismo, obesidade e condições que levem a imunossupressão são consideradas fatores de risco. O paciente apresenta dor súbita e edema genital ou perineal, febre, progredindo para necrose tecidual. O desbridamento cirúrgico do tecido desvitalizado é obrigatório, além de reposição volêmica intensiva e antibióticos de amplo espectro. Após estabilização clínica os pacientes podem precisar de correção dos defeitos de pele e tecidos moles. A reconstrução escrotal deve manter as características fisiológicas e estéticas dentro do possível. Este trabalho tem como objetivo descrever a utilização do retalho fasciocutâneo súpero-medial da coxa para a reconstrução perineal após desbridamento cirúrgico da região por Síndrome de Fournier. Relato de Caso: Paciente de 48 anos, portador de Diabetes Mellitus Tipo 2 sem tratamento, admitido na Emergência do Hospital Estadual Getúlio Vargas (RJ) com relato de dor e eritema em região perineal com dois dias evolução, sendo diagnosticada Síndrome de Fournier. Realizado desbridamento cirúrgico da base do pênis, testículos e glúteo esquerdo e sigmoidostomia em alça, além de antibioticoterapia de amplo espectro e acompanhamento com a comissão de feridas, que indicou curativo com Polihexametileno de Biguanida (PHMB) e Papaina 10%. Após compensação clínica, e melhora do aspecto da ferida, foi solicitado avaliação da equipe de Cirurgia Plástica, sendo realizado confecção de retalho fasciocutâneo súpero-medial da coxa bilateralmente para cobertura da ferida. Paciente apresentou boa evolução recebendo alta hospitalar no décimo terceiro dia de pós operatório. Discussão: O tratamento reconstrutor ideal é aquele que permite funcionalidade adequada e aspecto mais estético possível. O retalho súpero-medial da coxa possui rica vascularização, sendo utilizado com segurança em pacientes diabéticos e vasculopatas. Ele repõe satisfatoriamente as áreas perdidas de pele escrotal, é de fácil e rápida execução técnica e produz excelentes resultados estéticos tanto na área doadora como receptora, com cicatrizes pouco visíveis. Além destas vantagens, o retalho é confeccionado em tempo único, mantém a sensibilidade local e proporciona uma melhora psicológica do paciente em relação à cobertura das estruturas até então expostas. A maior desvantagem do retalho é a disponibilidade da área doadora da coxa. Portanto, corroborando com os dados da literatura, o retalho súpero-medial da coxa representa uma ótima opção para reconstrução perineal por ser facilmente executado, promover boa cobertura do testículo e não produzir sequela na área doadora, proporcionando bons resultados estéticos e funcionais a longo prazo.

Palavras-chave: Síndrome de Fournier; Retalho fasciocutâneo; Reconstrução

ID: 112633

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Pamela Bernardes Mineu Fontes / Fontes, P.B.M. / HOSPITAL DO IPIRANGA; Larissa Pereira Ribeiro1 / Ribeiro, L.P. / HOSPITAL DO IPIRANGA;

Título: SATISFAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À OTOPLASTIA NOS SERVIÇOS INTEGRADOS DE CIRURGIA PLÁSTICA DO HOSPITAL IPIRANGA A PARTIR DA UTILIZAÇÃO DA ESCALA DE RESULTADOS DE GLASGOW (ERG)

OBJETIVO: Avaliar a satisfação dos pacientes submetidos a otoplastia nos Serviços Integrados de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga (SICPHI), para correção de orelha em abano, utilizando a ERG. MÉTODOS: Estudo retrospectivo incluindo pacientes submetidos à otoplastia entre março de 2015 e março de 2021. Os dados foram coletados por meio de questionário realizado via ligação telefônica. RESULTADOS: Sessenta pacientes responderam ao questionário. Houve melhora na qualidade de vida demonstrado pela prevalência de pontuações positivas obtidas pelo questionário aplicado, principalmente entre os jovens menores de dezoito anos. Não houve diferença entre os sexos. CONCLUSÃO: O estudo mediante aplicação do questionário ERG permitiu quantificar objetivamente a satisfação dos pacientes e correlacionar com os resultados obtidos com a otoplastia. E, como consequência de sua realização, pode-se recrutar os pacientes com complicações que poderão ser acompanhados e devidamente tratados, sanando ou minimizando suas angústias.

Palavras-chave: orelha em abano; otoplastia; autoestima

ID: 112632

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Larissa Pereira Ribeiro / Ribeiro, L.P. / HOSPITAL MUNICIPAL DO CAMPO LIMPO; Pamela Bernardes Mineu Fontes / Fontes, P.B.M. / HOSPITAL MUNICIPAL DO CAMPO LIMPO; Fabricio Macedo Okano / Okano, F.M. / HOSPITAL MUNICIPAL DO CAMPO LIMPO;

Título: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA E DO TEMPO DE RECANALIZAÇÃO DA TVP EM PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DR FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA (HOSPITAL DO CAMPO LIMPO - HMCL) EM SÃO PAULO.

OBJETIVO: O objetivo deste estudo foi traçar um perfil epidemiológico e caracterizar o tempo de recanalização de acordo com o tipo de tratamento utilizado pelos pacientes portadores de TVP do SUS, atendidos no Hospital Municipal do Campo Limpo, no ano de 2020, e, correlaciona-los com os dados encontrados com literatura. MÉTODO: Foi realizado um estudo retrospectivo, baseado em coleta de dados de prontuários de pacientes portadores de Trombose Venosa Profunda, acompanhados no ambulatório de Cirurgia Vascular do HMCL, no período de janeiro a dezembro de 2020. RESULTADOS: Entre os atendimentos realizados no período de janeiro a dezembro de 2020, foram selecionados 87 prontuários de pacientes em acompanhamento por TEV no ambulatório de Cirurgia vascular do HMCL. A maioria destes pacientes eram do sexo feminino, pardos, com média de idade de 56,5 anos. Cerca de 52% apresentavam, pelo menos, uma comorbidade ou fator de risco para o TVP, a mais prevalente neste grupo foi a hipertensão arterial (HAS), presente em 16% dos pacientes selecionados, seguindo-se do diabetes mellitus (DM) e do consumo de tabaco (10%). Os exames EcoDoppler de admissão, revelaram que 63% dos casos apresentaram TVP em membro inferior esquerdo (MIE), sendo que 30% tiveram o membro inferior direito (MID) acometido e 5% apresentaram acometimento bilateral dos membros inferiores (MMII), com predomínio dos segmentos proximais a esquerda. Um total de 64 pacientes finalizaram o tratamento com tempo médio de 5,83 meses e 5 pacientes tiveram indicação para manter anticoagulação oral por um período superior a 12 meses. A adesão a elastocompressão regular pós-evento trombótico foi mantida em 52,8% dos casos. O relato de episódios prévios foi 17% dos pacientes, sendo que apenas 1 paciente apresentou episodio de recidiva após 4 meses do evento inicial, durante o período deste estudo. Entre os anticoagulantes orais, o tratamento mais prevalente nos casos avaliados foi o uso da Varfarina oral (39%) e entre os DOACs o mais utilizado foi a Edoxabana (32%). Houve recanalização parcial ou total em 55 pacientes (63%) ao exame EDC de controle, apesar de ter sido observada significância estatística entre a porcentagem de recanalização após 270 dias, os pacientes que realizaram o tratamento com os DOACs apresentaram recanalização mais rápida nos meses iniciais do tratamento. CONCLUSÕES: A epidemiologia dos pacientes com TVP atendidos no ambulatório corroboram com os encontrados literatura. Tanto o uso da varfarina, como dos inibidores do fator Xa foram efetivos no tratamento da TVP, não havendo diferença na quantidade de pacientes com recanalização ao final de 180 dias de acompanhamento. No entanto, os pacientes tratados com DOACs apresentaram evidências de recanalização mais precoce do que os pacientes tratados com varfarina.

Palavras-chave: Tromboembolismo venoso; anticoagulantes orais; recanalização

ID: 113439

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Dáfane Lima Miguel / Miguel, D. L. / FACERES; Mariana Gomes de Oliveira Santos / Santos, M. G. S. / FACERES; Letícia Peres Moraes / Moraes, L. P. / FACERES; Natalia Ferrari / Ferrari, N. / FACERES; Marcela Rodrigues da Cunha Alvarenga / Alvarenga, M. R. C. / FACERES; Raphael Raphe / Raphe, R. / FACERES;

Título: ANEURISMA DE VEIA MESENTÉRICA SUPERIOR, ACHADO INCIDENTAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

INTRODUÇÃO: Os aneurismas são definidos como dilatação patológica de um vaso. Os aneurismas do sistema portal são raros e representam menos de 3% dos aneurismas venosos. Além disso, grande parte dos pacientes são assintomáticos e diagnosticados ao acaso por exames de imagem e, de maneira geral, a conduta normalmente é expectante. Outrossim, a causa para o desenvolvimento dos aneurismas ainda é desconhecida, entretanto já é possível dividi-las em origem congênita ou adquirida. O presente material tem como objetivo expor um relato de caso de um paciente com dilatação aneurismática da veia mesentérica superior. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 26 anos, admitido na emergência com quadro de abdome agudo inflamatório. Como antecedente pessoal possuía cirurgia de hemorroidectomia e soro positivo para HIV. Diante do quadro clínico apresentado pelo paciente, hipotetizou-se de apendicite aguda, indicando-se a realização de TC de abdome total, esta apresentou achados que corroboram com a suspeita de apendicite aguda, presença de uma inesperada dilatação aneurismática da veia mesentérica superior e linfoadenomegalia retroperitoneal. Assim, realizou-se apendicectomia laparoscópica que transcorreu sem intercorrências. Ademais, não foram visualizadas alterações em topografia de veia mesentérica superior. O paciente recebeu alta hospitalar no 1º DPO. Durante o retorno ambulatorial, foram solicitados USG de abdome total com doppler e angiotomografia de abdome que resultaram na confirmação da dilatação de veia mesentérica superior, que se inicia na junção porto-esplênica, pérvia, de 6,8 x 3,5 x 3,8 cm, diferentemente, as veias porta-esplênica apresentaram-se com o calibre preservado, os linfonodos encontraram-se aumentados de número e dimensões nas cadeias periaortocavais, ilíacas comum e mesorrenais, até 1,4 cm. Outrossim, observou-se espessamento parietal de reto com vasos colaterais adjacentes. Diante do caso clínico, o médico responsável pela conduta optou por acompanhamento de 6 em 6 meses e orientou o paciente a realizar acompanhamento com infectologista e proctologista. DISCUSSÃO: Da mesma forma que este estudo, Lorenzato et al relata o caso de uma mulher que durante ao realizar exames de imagem com objetivo de rastrear abdome agudo detectaram uma formação arredondada na junção entre as veias mesentérica superior e veia esplênica sem causa aparente. Além disso, a literatura cita que a causa do aneurisma de veias abdominais pode ser devido a um tumor ou até mesmo de origem congênita, porém este dado não foi elucidado no paciente deste estudo. No que diz respeito ao seguimento do paciente, muitos defendem a conduta expectante associada a realização de exames de imagem, já outros preferem a conduta intervencionista através da cirurgia. Assim, devido a baixa incidência desta patologia, necessita-se de estudos para desenvolvimento de protocolos e guidelines que auxiliarão o médico a realizar sua conduta.

Palavras-chave: Aneurisma; Cirurgia Geral; Diagnóstico por imagem

ID: 113849

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Gabrielle Martins Peres / Peres, G. M. / Universidade Federal de Minas Gerais; Lívia Ferreira / Ferreira, L. / Universidade Federal de Minas Gerais; Rafaela Martins dos Santos Oliveira / Oliveira, RMS / Universidade Federal de Minas Gerais; Guilherme de Castro Santos / Castro-Santos, G / Universidade Federal de Minas Gerais; Ricardo Jayme Procópio / Procópio, RJ / Universidade Federal de Minas Gerais; Túlio Pinho Navarro / Navarro, TP / Universidade Federal de Minas Gerais;

Título: PREDITORES DE ESTENOSE VENOSA NA CIRURGIA DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISE

Introdução: A fístula arteriovenosa (FAV) é o acesso vascular de escolha na doença renal crônica em estágio avançado. Entretanto, as taxas de perviedade e maturação não são ideais e estenose venosa da fístula é um dos fatores associados à falência. Objetivo: O objetivo é avaliar os preditores de estenose venosa a médio prazo. Métodos: Estudo prospectivo observacional. Os pacientes foram divididos em dois grupos: presença ou ausência de estenose venosa em 6 meses. Analisadas as variáveis individuais: sexo, idade, comorbidades, IMC, tempo de cirurgia e variáveis à ultrassonografia vascular com Doppler intraoperatória: diâmetros da veia e da artéria, volumes de fluxo da veia e da artéria e de técnica cirúrgica como artéria e veia utilizadas. Resultados: Entre maio de 2019 e abril de 2022, 65 pacientes foram selecionados, 6 excluídos devido ao uso de prótese. 59 pacientes foram avaliados quanto à presença (n=33) ou ausência (n=26) de estenose venosa na fístula, considerando o período do dia da cirurgia até o 180º dia pós-operatório. Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à idade, IMC, presença de HAS, tempo de cirurgia e diâmetro venoso entre os grupos. O grupo com estenose venosa apresentou maior diâmetro médio da artéria (4.442 vs 3.693, p=0.0219) e menor incidência de Diabetes Mellitus (27% vs 61%, p=0.0099, RR=0.4366). A veia basílica foi mais utilizada no grupo com estenose (31% vs 9%, p=0.0338). O diâmetro arterial maior que > 4,3 mm apresentou sensibilidades de 50% (IC 32,06% a 67,94%) e especificidade de 85,29% (IC 69,87% a 93,55%) com razão de verossimilhança de 3,4 para estenose venosa em 6 meses. Ao analisar a curva ROC, a área sob a curva encontrada é de 0.7025, com um p=0.0076. Conclusão: O diâmetro da artéria e a veia basílica mostraram-se potenciais preditores de estenose venosa nos primeiros 180 dias após a confecção da FAV. A presença de Diabetes Mellitus mostrou-se como possível fator protetor da estenose venosa. Referências bibliográficas Lok CE, Huber TS, Lee T, Shenoy S, Yevzlin AS, Abreo K, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. American Journal of Kidney Diseases. 2020;75(4). Bylsma L, Gage S, Reichert H, Dahl S, Lawson J. Arteriovenous Fistulae for Haemodialysis: A Systematic Review and Meta-analysis of Efficacy and Safety Outcomes. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. 2017;54(4):513□22.

Palavras-chave: fístula arteriovenosa; ultrassonografia doppler; estenose venosa

ID: 113556

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Gabriela Godinho de Oliveira / Oliveira, G. G. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Aline Coltro / Coltro, A. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Livia Akemi Ramos Takahashi / Takahashi, L. A. R. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Diego Adão / Adão, D. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo;

Título: DIVERTICULITE AGUDA NO PRONTO-SOCORRO: EPIDEMIOLOGIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO QUATERNÁRIO

INTRODUÇÃO: A diverticulite aguda (DA) é uma doença prevalente no pronto socorro. Estima-se que até 50% dos indivíduos maiores de 60 anos apresentarão doença diverticular dos cólons e destes, 10-25% apresentarão alguma complicação como a DA. Dos casos de DA, apenas 10% apresentam-se na forma complicada, destacando-se formação de abscessos, seguido de peritonite, obstrução e fístulas como as principais ocorrências descritas na literatura. Além disso, até 8% dos casos têm recorrência em 1 ano e até 20% em 10 anos, o que contribui para aumento significativo da morbimortalidade desta afecção. OBJETIVO: O objetivo deste estudo é analisar o perfil epidemiológico dos casos de DA e suas complicações no pronto socorro de um hospital universitário quaternário de centro urbano de São Paulo, em comparação a literatura. MÉTODO: Trata-se de estudo longitudinal retrospectivo analítico que analisou os prontuários de pacientes internados pela equipe da cirurgia geral por DA em um hospital universitário quaternário, no período de janeiro a dezembro de 2021. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição. RESULTADOS: Foram incluídos 23 casos de DA, sendo 14 homens e 9 mulheres, com uma média de idade de 57,8 anos (desvio padrão: 13,7). Os sintomas predominantes foram: dor em fossa ilíaca esquerda e febre, prevalente em 74% e 35% dos casos, respectivamente. A média de dias de sintomas para a busca hospitalar foi de 7,5 dias, sendo 65% admitidos no primeiro episódio, enquanto 35% apresentaram-se com recorrência do quadro. O diagnóstico de DA foi confirmado em todos os pacientes por meio de coleta de provas inflamatórias séricas e tomografia computadorizada de abdome. Da amostra, 87% apresentou leucocitose à admissão (média de 16.694 cel/mm³) enquanto todos apresentaram aumento de proteína C-reativa (média de 154 mg/dl). A principal topografia acometida foi o cólon esquerdo e sigmóide (91%). Da amostra, 83% foram diagnosticados com DA complicada, sendo 56,5% com abscesso intracavitário, 48% com pneumoperitônio peri-alça, 7% com pneumoperitônio livre e 4% com fístula. Todos os pacientes foram tratados com antibioticoterapia, sendo a média de tempo de tratamento de 11,5 dias. Métodos invasivos de tratamento foram necessários em 43,5% dos casos: 17% submetidos a procedimento por radiointervenção, 17% a cirurgia aberta e 9% submetidos a ambos os procedimentos na mesma internação. Dos procedimentos cirúrgicos, foram realizados uma retossigmoidectomia à Hartmann, uma colectomia esquerda, e quatro derivações do trânsito intestinal (três a nível de cólon e uma à nível de íleo). O tempo médio de internação foi de 6,6 dias, com necessidade de suporte de terapia intensiva em 22% dos casos. A taxa de óbito no período analisado foi de 4%. CONCLUSÃO: Segundo a análise dos dados, nota-se semelhança estrutural entre a amostra estudada com a literatura, em conformidade com a tendência mundial quanto aos aspectos clínico-epidemiológicos desta doença.

Palavras-chave: Diverticulite aguda; Epidemiologia; Diverticulose do cólon

ID: 113409

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Natalia Darvila Magalhaes Nascimento / NASCIMENTO. N.D.M / UNICEUMA; Natalia Darvila Magalhaes Nascimento / NASCIMENTO, N.D.M. / UNICEUMA; Amanda de Morais Melo / MELO, A.M / UNICEUMA; Lucas Hewitson Froes Santos / Santos,L.H.F / UNICEUMA; João Victor Carvalho da Paz / Paz,J.V.C / UNICEUMA; Paloma Cordeiro Diniz / Diniz,P.C / UNICEUMA; Jamilly Rodrigues Lemos / Lemos,J / UNICEUMA; Jorge Luiz Ferreira Gomes Costa / Costa,J.L.F.G / UNICEUMA;

Título: DOENÇA DIVERTICULAR AGUDA NA JUNÇÃO JEJUNO ILEAL: UM RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A diverticulite aguda do intestino delgado secundária à diverticulose jejuno ileal é uma condição extremamente rara. A incidência de diverticulose jejuno ileal é de 0,3 a 2,3%, acometendo indivíduos mais velhos, por volta da sexta e sétimas décadas de vida, com prevalência no sexo masculino de (1,5:1). A incidência de diverticulite aguda jejuno ileal varia de 2 a 6%, e sua principal complicação é a perfuração intestinal (2,1 a 7% das diverticulites). O abdome agudo inflamatório, secundário à DA jejuno ileal, é decorrente de dois principais fatores: estase de conteúdo intestinal dentro do divertículo e edema de mucosa .Este relato apresenta um caso cirúrgico de diverticulite aguda jejuno ileal não complicada e segue as recomendações do CARE Guideline.Homem,65 anos, admitido no serviço de emergência de um hospital universitário com queixa de dor abdominal periumbilical de início há oito meses, com piora há um dia, em cólica, EVA 8 , irradiada para FIE, melhora parcial com analgésicos, associada a febre de 38ºC e náuseas. Ao exame físico, REG, PA 103 x 71mmHg,FC 95 bpm,TAX 37,6ºC.Com abdome distendido, dor difusa à palpação superficial e descompressão brusca positiva periumbilical. Exame laboratorial: leucocitose (17.620/mm3) com ausência de bastões e PCR de 251,7 mg/L. A tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste intravenoso: múltiplos divertículos em segmentos de jejuno e íleo, com sinais de processo inflamatório agudo em alguns deles, sem coleções. Optou-se pelo tratamento com reposição volêmica de cristaloides e antibióticos de amplo espectro, não efetivo. Por isso, o paciente (American Society of Anesthesiologists [ASA] 1) foi submetido a laparotomia exploradora por incisão transumbilical, com inventário da cavidade caracterizando múltiplos divertículos em margem mesentérica de jejuno e íleo proximal, alguns dos quais apresentavam-se com sinais de processo inflamatório agudo, sem coleções ou perfuração macroscópica. Realizada enterectomia segmentar de 120cm (do ângulo de Treitz ao íleo proximal), envolvendo todas as alças com diverticulose. O trânsito intestinal foi reconstruído por meio de anastomose término-lateral manual. Relatou-se um caso raro de diverticulite aguda jejunoileal não complicada, cujo diagnóstico pré-operatório foi confirmado por meio de TC de abdome. A opção pela conduta cirúrgica se deu após falha do tratamento não operatório, Em geral, o diagnóstico confirma-se apenas no intraoperatório. Entretanto, a elucidação da doença tem-se por meio de exames de imagem. A intervenção cirúrgica deve ser reservada aos casos com sintomatologia persistente, peritonite difusa, instabilidade hemodinâmica ou disfunções orgânicas. Novos estudos são necessários para uma melhor compreensão dos fatores etiopatogênicos e prognósticos dessa doença, a fim de se identificar os fatores preditivos de maior risco de falha do tratamento não operatório, e os pacientes que poderiam se beneficiar da intervenção cirúrgica precoce.

Palavras-chave: ABDOME AGUDO; Diverticulite ; Laparotomia

ID: 112503

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Bruna Malvestiti Vieira dos Santos / Santos, B. M. V. D. / CENTRO UNIVERSITÁRIO CLARETIANO - CEUCLAR ; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, E. J. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP;

Título: ILEOSTOMIA: QUANDO FECHAR?

INTRODUÇÃO: A ileostomia apresenta função protetora em diversas condições clínicos. Entretanto, sua longa permanência tende a gerar complicações locais e sistêmicas. Ao alcançar o objetivo da ileostomia, segue-se com seu fechamento, podendo ser realizado precoce ou tardiamente. OBJETIVO: Comparar os resultados dos fechamentos precoce e tardio de ileostomias, quanto a complicações e impactos na qualidade de vida, a partir de uma revisão sistemática de literatura. MÉTODO: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura, na base de dados PubMed em março de 2022, utilizando os descritores: "ileostomy", "early closure e "late closure. Foram incluídos todos os estudos publicados entre 2017 e 2022 que abordassem os fechamentos precoce e tardio da ileostomia e, após excluírem-se os somente mencionassem o fechamento, 9 estudos foram incluídos na análise. RESULTADOS: Há divergências quanto ao tempo de fechamento como preditor de morbidade e na associação entre fechamento precoce e escoriação perianal grave ou enterocolite. Fechamento tardio pode se associar a complicações e enterocolites. Fechamento precoce apresenta benefícios em pacientes selecionados, como os submetidos a ressecções distais. CONCLUSÃO: Embora não haja consenso acerca das vantagens e desvantagens dos fechamentos precoces ou tardios de ileostomias, parece haver uma tendência ao fechamento precoce em casos selecionados.

Palavras-chave: Ileostomia; Fechamento precoce; Fechamento tardio

ID: 113310

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Gabriela Oliveira Bagano / Bagano, G. O. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; André Claudio Rocha / Rocha, A. C. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Gabriel Oliveira Bagano / Bagano, G. O. / Faculdade UNIME Lauro de Freitas; Gabriela Hawane Bortoli França Moreira / Moreira, G. H. B. F. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Lucas Ettinger Mendes / Mendes, L. E. / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Vinicius Rodrigo de Fabio Lima / Lima, V. R. F. / Centro Universitário da Barão de Mauá; Diego Gabriel Ribeiro Barbosa / Barbosa, D. G. R. / Centro Universitário da Barão de Mauá; Fernanda Costa Pereira / Pereira, F. C. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto;

Título: NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON: UMA ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS SEXOS NO ESTADO DE SAO PAULO

INTRODUÇÃO: A neoplasia maligna do cólon constitui uma das neoplasias mais frequentes e de expressiva morbimortalidade no Brasil e no estado de São Paulo, sendo sua prevalência e seu prognóstico variáveis entre os sexos. Estudos apontam que os homens têm maior risco de mortalidade e pior sobrevida quando comparados às mulheres da mesma idade. Dentre diversos fatores, causas hormonais e anatômicas - a pelve masculina é mais estreita com relações anatômicas mais íntimas podem auxiliar para essa diferença prognóstica, dificultando a terapêutica pelo médico. MÉTODOS: Trata-se de estudo ecológico com abordagem quantitativa, descritivo e de caráter temporal. A partir da base de dados do Sistema Único de Saúde, foram avaliadas as hospitalizações por neoplasia do cólon, no estado de São Paulo, durante o período compreendido entre janeiro de 2020 e março de 2022. Foram utilizadas as seguintes variáveis categóricas: números de internações e de óbitos, valores total e médio da internação e taxa de mortalidade de acordo com sexo masculino e feminino e com faixas etárias pré-estabelecidas. RESULTADOS: Observou-se que o número total de internações foi maior no sexo feminino. A média de internações foi semelhante entre os sexos. Contudo, o número bruto de óbitos e a taxa de mortalidade foram maiores no sexo masculino. A neoplasia de cólon foi mais prevalente na faixa etária de 60-69 anos tanto no grupo dos homens como no das mulheres. CONCLUSÃO: Os homens apresentam maiores taxas de mortalidade por neoplasia maligna do cólon em comparação com as mulheres no estado de São Paulo, apesar de a prevalência da doença entre os sexos ser semelhante. Diversos fatores podem estar envolvidos nesse processo: faixa etária acometida, apresentação dos sintomas e busca por atendimento médico, sendo necessários estudos mais aprofundados para analisar esse fenômeno e suas repercussões.

Palavras-chave: Neoplasia Maligna do Cólon; Oncologia Gastrointestinal; Coloproctologia

ID: 113379

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Ricardo Purchio Galletti / Galletti, R. P. / Hospital Israelita Albert Einstein; Vitor Pelogi Arienzo / Arienzo, V. P. / Hospital Israelita Albert Einstein; Phellipe Fabbrini Santos Lucas / Fabbrini, P. S. L. / Hospital Israelita Albert Einstein; Francisco Tustumi / Tustumi, F. / Hospital Israelita Albert Einstein; Gabriel Andrade Agareno / Agareno, G. A. / Hospital Israelita Albert Einstein; Elis Nogara Lisboa / Lisboa, E. N. / Hospital Israelita Albert Einstein; Julia Grams Quintas / Quintas, J. G. / Hospital Israelita Albert Einstein; Barbara Buccelli Colonno / Colonno, B. B. / Hospital Israelita Albert Einstein;

Título: RESULTADOS DE REABORDAGEM EM FALHA DE ANASTOMOSES COLORRETAL OU COLOANAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

OBJETIVOS :O estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura a fim de avaliar os resultados pós-operatórios, taxas de sucesso e resultados funcionais da reabordagem cirúrgica em pacientes submetidos a reconfeccção da anastomose colorretal ou coloanal tradicional e anastomose coloanal tardia (pull-trhough). METODOLOGIA: Esta pesquisa seguiu os preceitos do PRISMA. O protocolo de pesquisa foi registrado na base de dados PROSPERO. A revisão sistemática e metanálise seguiram os critérios de elegibilidade: Critérios de inclusão: Adultos (>18 anos); pacientes submetidos à colectomia com anastomose primária, colorretal ou coloanal; estudos que avaliam os resultados pós-operatórios, a curto ou longo prazo; estudos longitudinais. A busca de evidências foi realizada nas bases de dados PubMed, Embase, Cochrane (CENTRAL) e LILACS. Os números absolutos para os parâmetros de resultado foram extraídos e analisados com o software STATA (StataCorp LLC; Texas, EUA; 16.0). A meta-regressão foi usada para identificar covariáveis que poderiam influenciar os desfechos. RESULTADOS: Inicialmente, foram identificados 1.002 artigos nas bases de dados. Após os exames, 62 artigos foram avaliados quanto à elegibilidade e 11 foram selecionados por preencherem os critérios..Apenas estudos observacionais foram selecionados. Nos estudos o tamanho da população variou de 7 a 78 pacientes. A média de idade variou de 51 a 62 anos e o seguimento médio de 11 a 37 meses. Complicações pós-operatórias foram relatadas em 9 estudos. Dentre elas, peritonite, necrose, fístula ileal, abscesso pélvico, lesão ureteral, deiscência e fístula anastomótica. A taxa de complicações pós-operatórias foi de 40% (IC 95%: 40 a 50%; I2 78,47%). Na análise de subgrupo, a taxa de complicação pós-operatória da técnica pull-through foi de 51% (IC 95%: 0,35 a 0,65; I2: 25,53%), e a taxa de reconfecção de anastomose tradicional foi de 35% (IC 95% 0,22 a 0,47; I2: 82,57%). A incontinência fecal após a cirurgia foi relatada em 9 estudos, 24% dos pacientes (IC 95%: 0,1 a 0,39; I2: 93,64%) tiveram incontinência após a cirurgia. A taxa de incontinência do subgrupo pull-through foi de 18% (IC 95%: 0,1 a 0,26), e a anastomose colorretal e coloanal tradicional foi de 28% (IC 95%: 0,1 a 0,47).A taxa de pacientes livres do estoma ao final do seguimento foi relatada em 10 estudos. 82% dos pacientes foram liberados do estoma após a cirurgia (IC 95% 0,75 a 0,90; I2: 87,89%). A taxa de pacientes livres do estoma no subgrupo pull-through foi de 81% (IC 95%: 0,72 a 0,91), e a anastomose colorretal e coloanal tradicional foi de 83% (IC 95%: 0,73 a 0,93). CONCLUSÃO: Reconfecção de anastomose colorretal e coloanal são estratégias para reconstrução de trânsito intestinal. O sucesso depende dos riscos de morbimortalidade, probabilidade de ficar livre de estomia ao final da terapia, qualidade de vida e avaliação funcional. A radioterapia, a idade e a técnica cirúrgica podem influenciar os resultados.

Palavras-chave: Neoplasias retais; Doenças retais; Deiscência anastomótica

ID: 113602

Área: EDUCAÇÃO MÉDICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Rafael Leme Curado / Curado, L.R / Centro Universitário Estácio; Bianca Lemos Félix de Oliveira / Oliveira,F,L.B / Centro Universitário Estácio - RP; Mateus Laurito Drighetti / Drighetti, L.M / Centro Universitário Estácio - RP; Matheus Ribeiro Borges Nagib / Nagib, R, B.M / Centro Universitário Estácio - RP; Meg Thaynara de Moura / Moura, T.M / Centro Universitário Estácio - RP; Ana Carolina Marcondes Amaral / Amaral,M,C.A / Centro Universitário Estácio - RP; Tatiane Coghi Roncato / Roncato,C.T / Centro Universitário Estácio - RP; Nathalia Destefano Ferreira / Ferreira, D. N / Centro Universitário Estácio - RP;

Título: EXTENDED FOCUSED ASSESSMENT WITH SONOGRAFY FOR TRAUMA (E-FAST): ENSINO E TREINAMENTO EM AMBIENTE DE EMERGÊNCIA PARA O ALUNO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS O uso da ultrassonografia beira leito (USPOC) em departamentos de emergência (DE) está cada vez mais frequente e com impactos positivos para o prognóstico de pacientes críticos já é comprovado. O treinamento para realizar a técnica, entretanto, ainda não é amplamente aplicado, embora também já ter comprovações de sua eficácia. Sobre o atual cenário do ensino de USPOC e sua importância ao médico recém-formado na conduta ao paciente crítico, o presente estudo objetiva de apresentar a curva de aprendizagem de estudantes de medicina em Ribeirão Preto, e demonstrar as vantagens sobre o desempenho destes nos cenários de internato. METODOLOGIA Trata-se de um estudo longitudinal intervencionista ao longo de um ano, realizado com internos de medicina de uma instituição de Ribeirão Preto-SP. Fora em três pilares: conteúdo teórico, treinamento prático e revisão de literatura. A avaliação da curva de aprendizagem se deu por meio da aplicação de testes de múltipla escolha ao longo do projeto e através de provas práticas ao final. RESULTADOS Dos 7 alunos avaliados, todos iniciaram sua prática em USPOC com uma avaliação pré-teste, anteriormente às aulas. Cada avaliação foi de 20 questões de múltipla escolha, totalizando 10 pontos, abordando os temas de estudo. Todos os alunos obtiveram acertos de 6 a 10 questões na avaliação, que corresponde a uma nota que variava de 3 a 5 pontos em 10 de conhecimento prévio. A partir da média entre as notas de todos os alunos, foi realizada a ponderada das 7 notas individuais, o que correspondeu a 4,14 pontos (41,4%). Após as 3 aulas iniciais, foi realizada uma segunda avaliação com 4 meses de estudo. Houve uma evolução da média ponderada de 41,4% pontos para 66,4% com 6 horas de aulas. Após mais 4 meses, foi realizada nova avaliação com a inclusão de mais duas aulas teóricas às três anteriores. A avaliação foi realizada após 2 meses de férias, de maneira que o desempenho global tenha sido de 63,5% em detrimento a 66,4% anteriormente. Ao final do período de avaliação, os alunos apresentaram uma curva de crescimento com médias superiores à 80%. DISCUSSÃO É possível analisar que o uso da USPOC se consolida cada vez mais nos cenários de urgência e emergência. O protocolo E-FAST permite a avaliação rápida e sem uso de radiação em pacientes na emergência e em terapia intensiva. Ademais, garante o diagnóstico de diversas condições ameaçadoras a vida de forma mais prática quando comparado à tomografia computadorizada e ao lavado peritoneal diagnóstico. Estudos consolidados mundialmente já dissertaram sobre a possibilidade do uso da USPOC para avaliação de pacientes no DE, e sobre a necessidade da incorporação desse exame como uma conduta padrão na admissão de pacientes traumatizados. CONCLUSÃO Portanto, o ensino da Ultrassonografia Point-of-Care para estudantes de medicina é imprescindível para a curva de aprendizado ao longo da formação médica, os capacitando a realizarem diagnósticos efetivos no DE.

Palavras-chave: POCUS; E-FAST; Educação-médica

ID: 113430

Área: EDUCAÇÃO MÉDICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Letícia Peres Moraes / Moraes, L. P. / FACERES; Marcela Rodrigues da Cunha Alvarenga / Alvarenga, M. R. C. / FACERES; Natália Ferrari / Ferrari, N / FACERES; Mariana Gomes de Oliveira Santos / Santos, M. G. O. / FACERES; Raphael Raphe / Raphe, R. / FACERES; Pedro Henrique Soubhia Sanches / Sanches, P. H. S. / FACERES;

Título: USO DE MATERIAIS ALTERNATIVOS PARA O TREINAMENTO DE SUTURAS NA GRADUAÇÃO: ESTUDO PILOTO

OBJETIVOS: Avaliar o uso de Acetato-Vinil de Etileno (EVA), berinjela, fita elástica e coxa de frango para treino de habilidades cirúrgicas a fim de mimetizar as situações que os médicos passarão durante a vida profissional. MÉTODO: Trata-se de um estudo piloto realizado com 40 acadêmicos de medicina cursando o 6º e 7º períodos, que propõe a realização de suturas em diferentes materiais durante a prática da aula, sendo eles o Acetato-Vinil de Etileno (EVA), berinjela, fita elástica e coxa de frango, assim, usou-se dos questionários Objective Structures Assessment of Technical Skill e o Adapted Likert-style questionnaire para avaliação das habilidades dos participantes com os materiais propostos neste estudo. RESULTADOS: A maioria dos participantes relataram bom conforto em realizar o procedimento nestes materiais (n=31 / 77,5%), além de boa utilidade dos materiais (n=32 / 80%). Entretanto, ao analisar a qualidade do aprendizado em relação à pele humana, 37,5% responderam que era pior e 20% responderam que o material apresentava-se igual para o aprendizado da técnica. Demonstrou-se também que grande parte dos participantes obtinha conhecimento necessário dos materiais para o desenvolvimento adequado da técnica (n=25 / 62,5%). Além disso, grande parte dos participantes relataram a boa utilidade dos materiais (n=32) com negatividade dos resultados, principalmente naqueles que testaram o material EVA (n=6). Ademais, o conhecimento dos instrumentos também contribuiu para os resultados positivos da utilização destes materiais alternativos do estudo. Ademais, durante a prática surgiu uma questão que ainda não havia sido levantada anteriormente, a coloração da peça suturada e o aumento da dificuldade no processo. Alguns participantes relataram que a coloração da beringela e do EVA preto dificultaram muito o processo. CONCLUSÕES: O treinamento das práticas de sutura é de extrema importância na formação do acadêmico de medicina, preparando-os para realização de procedimentos cirúrgicos nos atendimentos ambulatoriais e de urgências e emergências. Isso levou ao desenvolvimento de materiais, como a pele sintética, no entanto seu alto custo faz com que seja insustentável no meio acadêmico, comprovando a necessidade de materiais alternativos para o estudo destes alunos. Ademais, materiais como a língua de boi também podem ser utilizados, mas suas dificuldades de armazenamento e polêmicas envolvendo o uso de materiais de origem animal no ensino, faz com que seu uso seja acompanhado de restrições. Assim, é necessário o desenvolvimento de novos estudos para ampliar a diversidade de materiais acessíveis e de ampla disponibilidade para o treino de habilidades cirúrgicas na graduação.

Palavras-chave: Suturas; Educação médica ; Técnica de sutura

ID: 113839

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Flavio Roberto Takeda / Takeda,F.R. / HCFMUSP ; Josean Victor Lopes Higino Nobre / Nobre,J.V.L.H. / Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande; Renan Rosetti Muniz / Muniz,R.R. / HCFMUSP; Rafael Mamoru Carneiro Tutihashi / Tutihashi,R.M.C. / HCFMUSP; Ulysses Ribeiro Junior / Junior,U.R. / HCFMUSP; Rubens Antonio Aissar Sallum / Sallum,R.A.A. / HCFMUSP; Ivan Cecconello / Cecconello,I. / HCFMUSP; Luiz Augusto Carneiro D albuquerque / D Albuquerque,L.A.C. / HCFMUSP;

Título: ANASTOMOSE CERVICAL SUPERCARREGADA PARA ESOFAGECTOMIA (SAFE) COM TUBO GÁSTRICO RESULTADO COMPARATIVO ENTRE SAFE E NÃO-SAFE A PROPENSITY SCORE STUDY.

OBJETIVO: A esofagectomia é um procedimento cirúrgico de alto risco, de modo que a deiscência da anastomose é uma das complicações mais temidas, provavelmente relacionada à diminuição da sua perfusão. A anastomose supercarregada cervical consiste em anastomose microvascular entre vasos cervicais e do tubo gástrico (Supercharged cervical Anastomosis For Esophagectomy SAFE) e foi realizada em pacientes selecionados para complementar o suprimento sanguíneo para o tubo gástrico e anastomose, após a esofagectomia. Este estudo teve como objetivo avaliar os resultados após a realização da anastomose cervical supercarregada para procedimento de esofagectomia. MÉTODOS: Trata-se de estudo de coorte retrospectivo que avaliou pacientes submetidos à esofagectomia com reconstrução gástrica e anastomose cervical por carcinoma esofágico localmente avançado com ou sem procedimento SAFE entre 2009 e 2021. Foram avaliadas características demográficas como sexo, idade, tipo histológico e estadiamento; tipos de complicações (fístula da anastomose, complicações clínicas e cirúrgicas); mortalidade e sobrevida global. Estas características foram comparadas entre os grupos a partir da análise do sistema de análise de propensões (propensed matched score system PMS), através de análises univariadas e multivariadas. RESULTADOS: O estudo envolveu 421 pacientes, 71 com procedimento SAFE e 350 sem procedimento SAFE. Após PMS(1:1), permaneceram 65 pacientes em cada grupo. Do total, 100 (77,0%) pacientes eram homens, com média de idade de 65,3 anos. A análise univariada mostrou procedimento SAFE com menor ocorrência de fístulas HR 3,05(1,32-5,34) e menos complicações clínicas HR 3,24 (1,56-5,67). Na análise multivariada, o procedimento SAFE foi relacionado à menor ocorrência de fístula HR 3,1 (2,43-4,32). Comparando as sobrevidas globais (3 anos), o grupo SAFE apresentou melhores resultados (SAFE 52,3%; não-SAFE 31,2%) CONCLUSÃO: A anastomose cervical supercarregada para esofagectomia está relacionada à baixa ocorrência de fístula anastomótica e melhora da sobrevida global.

Palavras-chave:

ID: 113590

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Eduardo Cattapan Piovesan / Piovesan, E. C. / Universidade de Passo Fundo; Bruna Zanatta de Freitas / Freitas, B. Z. / Universidade de Passo Fundo; Felipe Severo Lanzini / Lanzini, F. S. / Universidade de Passo Fundo; Mateus Sebben Pereira / Pereira, M. S. / Universidade de Passo Fundo; Pedro Henrique Gomes Bigolin / Bigolin, P. H. G. / Universidade de Passo Fundo; Vinícius Pascoetti / Pascoetti, V. / Universidade de Passo Fundo; Arthur Ascenço Ceolin / Ceolin, A. A. / Universidade de Passo Fundo; Daniel Navarini / Navarini, D. / Universidade de Passo Fundo;

Título: NEOPLASIA MALGINA DO ESÔFAGO: ANALISE DO NÚMERO DE ÓBITOS E INTERNAÇÕES NO BRASIL DE 2010 A 2020

Objetivo: A neoplasia maligna de esôfago (NME) é o 8º câncer mais comum em todo o mundo e o 6º em causa de morte. Diante de seu prognóstico desfavorável, bem como a carência de estudos nacionais, objetiva-se analisar o número de óbitos e internações no Brasil. Método: Estudo descritivo e retrospectivo sobre o número de óbitos absolutos e internações por Neoplasia Maligna do Esôfago no Brasil nos anos de 2010 a 2020. Os dados foram obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). As variáveis utilizadas foram óbitos absolutos, numero de internações, sexo, faixa etária, estado civil, unidade de federação, raça, numero de óbitos em internações e taxa de mortalidade. Não foi necessário aprovação do Comitê de Ética, pois trata-se de um estudo de banco de dados público. Resultado: Constatou-se, no Brasil, um total de 188.533 internações e 90.027 óbitos absolutos por NME no período analisado. As regiões com maior número de internações foram a Sudeste (49,58%) e Sul (26,65%); as regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram 16,24% e 5,34%, respectivamente. As regiões com maiores números de óbitos foram as regiões Sudeste (47,1%) e Sul (24%). As regiões Nordeste e Centro-Oeste representaram 19,92% e 6,11%, respectivamente. A região Norte apresentou o menor número de internações (2,17%) e óbitos (2,81%). Do total de internações, 144.509 eram do sexo masculino (76,64%) e 44.024 do sexo feminino (23,35%). Quanto ao total de óbitos, 77,8% eram do sexo masculino (70.044 óbitos) e 22,19% do sexo feminino (19.977 óbitos). As internações predominaram em indivíduos de 60 a 69 anos (30,97%), de 50 a 59 anos (30,3%) e acima de 70 anos (23,62%). A faixa etária com maior mortalidade foi indivíduos acima de 70 anos de idade (35,15%); em seguida, entre 60-69 anos (29,61%) e entre 50-59 anos (25,36%). A faixa etária com menor número de internações e óbitos foram os jovens menores de 40 anos, com 6.510 internações (3,45%) e 1.150 óbitos (1,27%) notificados no Brasil na última década. A raça branca teve o maior número de internações (40,77%), seguido pela parda (34,82%) e negra (11%). As mortes predominaram entre indivíduos de raça branca (49,4%) em relação aos pardos (34,5%) e negros (11,26%). O número de óbitos em internações, no período analisado, foi de 30.177. Em razão disso, a taxa de mortalidade por NME, calculada pelo do número de internações e óbitos em internações, foi de 16%. As maiores taxas foram da região Norte (19,34%) e Centro-Oeste (17,67%). As regiões Sudeste e Nordeste apresentaram 16,7% e 15,85%, respectivamente. A região Sul apresentou a menor taxa de mortalidade, com 14,21%. Conclusão: De 2010 a 2020, a NME foi a causa de 188.533 internações e 90.027 óbitos em todo o território nacional, com destaque à região Sudeste que apresentou o maior número para ambos os fatores e a Norte que apresentou a taxa de mortalidade. Pacientes do sexo masculino, de raça branca e acima de 60, foram os mais acometidos.

Palavras-chave: Neoplasia maligna do esôfago; Epidemiologia; Mortalidade

ID: 113833

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Flavio Roberto Takeda / Takeda,F.R. / HCFMUSP; Josean Victor Lopes Higino Nobre / Nobre,J.V.L.H. / Faculdade de ciências médicas de Campina Grande; Victor Rodrigues de Oliveira / Oliveira,V.R. / HCFMUSP; Renan Rosetti Muniz / Muniz,R.R. / HCFMUSP; Daniel de Paiva Magalhães / Magalhães,D.P. / HCFMUSP; Rubens Antonio Aissar Sallum / Sallum,R.A.A. / HCFMUSP; Yuri Costa Sarno Neves / Neves,Y.C.S.N. / HCFMUSP; Luiz Augusto Carneiro D albuquerque / D Albuquerque,L.A.C. / HCFMUSP;

Título: REVISÃO PRÁTICA DOS ACHADOS DE IMAGEM ESPERADOS E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO MULTIMODAL DO CÂNCER DE ESÔFAGO

OBJETIVOS: O câncer de esôfago é um importante problema de saúde, representando o oitavo tipo de câncer mais comum em todo o mundo. Nas últimas décadas o tratamento evoluiu rapidamente e uma abordagem multimodal tem sido cada vez mais utilizada. As principais opções de tratamento para tumores localmente avançados incluem ressecções cirúrgicas, quimiorradioterapia neoadjuvante ou definitiva e dilatação/stent endoscópico paliativo. Neste contexto, a radiologia desempenha um papel importante na identificação precoce e manejo do tratamento das complicações relacionadas ao tratamento. Este estudo objetiva revisar os achados de imagem esperados em complicações relacionadas ao tratamento multimodal do câncer de esôfago. MÉTODOS: Foi realizada análise retrospectiva dos exames radiológicos de pacientes com câncer de esôfago do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), seguido pela seleção de diversos casos (mais de 300 casos), ilustrando os achados esperados e as principais complicações relacionadas à modalidade de tratamento correspondente (cirurgia, endoscopia e radioterapia). RESULTADOS: Cinco principais diferentes complicações foram selecionadas e os achados radiológicos foram classificados usando o mnemônico HARMS: Hérnia Hiatal, Fístula Anastomótica, Lesão induzida por Radiação, Abscesso Mediastinal e pleuro-pulmonar, e lesão relacionada ao Stent (melhor apresentado na língua inglesa - Hiatal hernia; Anastomotic fistula, Radiation-induced injury, Mediastinal and pleural-pulmonary abscess and Stenting-related injuries). Para cada classificação, várias imagens foram selecionadas usando diferentes métodos de imagem esofágica, principalmente radiografias contrastadas seriadas e tomografia computadorizada. CONCLUSÃO: Após categorização, é possível reconhecer e familiarizar-se com as principais complicações pós tratamento utilizando o mnemônico HARMS. Portanto, apresentamos uma revisão para os radiologistas descrevendo o que é importante relatar, além de possíveis achados de imagem que oncologistas, cirurgiões e endoscopistas devem estar cientes.

Palavras-chave:

ID: 113514

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Ariane Nascimento Macedo / MACEDO, N.A. / UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; Marina Mastique ázaro / AZARO, M.M. / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA; Ana Rafaela Soares Do Vale / VALE, S.R.A / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA;

Título: AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE POR ÚLCERA PÉPTICA E DUODENAL NO BRASIL: UM COMPARATIVO DE 2018, 2019, 2020 E 2021

INTRODUÇÃO: A doença ulcerosa péptica é uma condição patológica heterogênea e multifatorial afeta um quantitativo expressivo da população brasileira. Algumas de suas complicações, como sangramento e perfuração, ainda são causa importante de mortalidade. A perfuração é uma complicação séria da Doença Ulcerosa Péptica (DUP) e os pacientes com úlcera péptica perfurada (UPP) costumam apresentar abdome agudo com alto risco de morbimortalidade. OBJETIVOS: O objetivo do presente estudo é analisar a taxa de mortalidade por úlcera péptica e duodenal no Brasil nos anos de 2018, 2019, 2020 e 2021. Além de Comparar e quantificar a taxa de mortalidade entre as cinco regiões do país. METODOLOGIA: Estudo epidemiológico descritivo com dados colhidos do sistema do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), sendo avaliada a população atendida com queixa de úlcera gástrica e duodenal entre 2018 e Novembro de 2021. Foram analisadas a taxa de mortalidade desse grupo no que tange a região da internação, o caráter do atendimento, o sexo e a raça do paciente. Por se tratar de um banco de dados de domínio público, não foi necessária a submissão no Comitê de Ética e Pesquisa. RESULTADOS E CONCLUSÕES: A Região Sudeste foi o estado com a maior taxa de mortalidade em todos esses anos, com uma média de 11,83% ao ano com predominância sobre o sexo feminino, sendo o maior número de mortes registrados nesse grupo no ano de 2021. Na análise do caráter de atendimento dos pacientes com úlceras gástricas ou duodenais, as maiores taxas de mortalidade foram registradas nos atendimentos de urgência, mas não houve significativa diferença da mortalidade entre as demandas. Por fim, no que se refere às raças autorreferidas pelos pacientes, a raça branca foi predominante no estudo, estando essa em maior número nos períodos de 2019, 2020 e 2021. Por fim, é válido ressaltar a ausência de dados sobre a população indígena nos anos de 2017, 2020 e 2021, tornando impossível a análise do acometimento desses povos pelas úlceras, impedindo, assim, uma possível intervenção.

Palavras-chave: Úlcera péptica e duodenal; Mortalidade; Abdome agudo perfurativo

ID: 113368

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Thiago Sipas Teixeira Luz / Luz, T. S. T / Universidade Santo Amaro; Luana Trevise de Aguiar / Aguiar, L. T. / Universidade Santo Amaro; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, E.J. / Universidade Santo Amaro;

Título: CÂNCER GÁSTRICO:ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 61 CASOS OPERADOS

OBJETIVO: Estudar as condições epidemiológicas e histológicas associadas ao câncer gástrico em um hospital da zona Sul de São Paulo. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal, de seleção completa, não comparado, não experimental, contemporâneo. Os dados foram obtidos através de prontuários eletrônicos de pacientes com câncer gástrico do Hospital Geral do Grajaú (HGG) entre 2014 à 2019. O presente estudo foi autorizado pelo comité de ética e pesquisa, sobre o CAAE: 52437421.4.3002.5447 RESULTADOS: O estudo foi composto por 61 pacientes com câncer gástrico, principalmente por homens 70,5% (43), dentre todos os pacientes 75,4% (46) receberam alta hospitalar, 19,6% (12) evoluíram para óbito, desses 3 eram mulheres; 2 pacientes evadiram o sistema de saúde. O maior número de pacientes encontra-se na idade entre 50 e 79 anos (73,8%), sendo que a maior taxa de óbito ocorreu entre 60 e 79 anos (13,1%), seguida pela faixa etária de 80 a 89 anos (4,9%). O tempo de internação variou entre os pacientes, resultando a média de 6 a 15 dias de internação, ocorrendo nesse grupo 4 óbitos. O tipo histológico mais comum foi o adenocarcinoma (96,7%), seguido por 1 fibromixoma e 1 tumor neuroendócrino, ambos se apresentando em mulheres e com evolução para alta hospitalar. CONCLUSÕES: O câncer gástrico foi mais prevalente em homens do que em mulheres. Em ambos os sexos tivemos um aumento da incidência a partir de 40 anos. O adenocarcinoma foi o principal tipo histológico.

Palavras-chave: Neoplasias Gástricas; Epidemiologia; Histologia

ID: 113592

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Eduardo Cattapan Piovesan / Piovesan, E. C. / Universidade de Passo Fundo; Bruna Zanatta de Freitas / Freitas, B. Z. / Universidade de Passo Fundo; Felipe Severo Lanzini / Lanzini, F. S. / Universidade de Passo Fundo; Mateus Sebben Pereira / Pereira, M. S. / Universidade de Passo Fundo; Pedro Henrique Gomes Bigolin / Bigolin, P. H. G. / Universidade de Passo Fundo; Vinícius Pascoetti / Pascoetti, V. / Universidade de Passo Fundo; Arthur Ascenço Ceolin / Ceolin, A. A. / Universidade de Passo Fundo; Daniel Navarini / Navarini, D. / Universidade de Passo Fundo;

Título: DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA ACERCA DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR DOENÇA DE CROHN E RETOCOLITE ULCERATIVA NO BRASIL DE 2010 A 2021

Objetivo: As doenças inflamatórias intestinais manifestam-se, de forma mais comum, por meio da doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU). Caracterizam-se por um processo inflamatório crônico do intestino de etiologia não completamente esclarecida. As opções terapêuticas promovem remissão, mas não curam a doença. Devido ao caráter crônico e recidivante, além da e à alta morbidade imposta pelas doenças, objetiva-se analisar a epidemiologia das internações no Brasi. Método: Estudo descritivo e retrospectivo sobre o número de internações por DC e RCU nos anos de 2010 a 2021. Os dados foram obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). As variáveis utilizadas foram internações, unidade de federação, sexo, faixa etária, raça, numero de obitos, taxa de mortalidade e média de permanencia. Não foi necessário aprovação do Comitê de Ética, pois trata-se de um estudo de banco de dados público. Resultados: Constatou-se, no Brasil, um total de 52.333 internações por DC e RCU no período analisado. As regiões com maiores números de internações foram as regiões Sudeste (45,51%%) e Nordeste (20,23%). A região Norte apresentou o menor número de internações, com 5,82%. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram 19,93% e 8,49%, respectivamente. Do total de internações, houve uma predominância entre o sexo feminino (53,49% - 27.995 internações) em relação ao masculino (46,5% - 24.338 internações). As faixas etárias com maiores números de internações foram abaixo de 30 anos (22,94%) e de 30 a 39 anos (15,51%); em seguida, 40 a 49 anos (14,81%). A faixa etária com menor número de internações foi indivíduos de 70 a 79 anos com 6,3%. Ademais, indivíduos de 50 a 59 anos apresentaram 12,97% e de 60 a 69 anos, 9,4%. Em relação a raça, as internações predominaram em indivíduos de raça branca (40,87%) em relação a parda (27,65%) e a negra (2,88%). O número de óbitos, no período analisado, foi de 1.311, com uma taxa de mortalidade de 2,51. O maior número de óbitos foi registrado na região Sudeste (45,23%). A região Nordeste e Sul apresentaram 22,5% e 19,6%, respectivamente. Os menores números foram registrados na região Norte (5,72%) e Centro-Oeste (6,94%). A região Nordeste apresentou a maior taxa de mortalidade (2,79%), seguida da Sudeste (2,49%). A região Centro-Oeste apresentou a menor taxa, com 2,05%. Ademais, a região Norte e Sul apresentaram taxa de 2,46%. A média de permanência hospitalar geral foi de 7 dias, alcançando a maior incidência na região Nordeste, com 8,3 dias, e a menor incidência na região Norte, com 5,8 dias. A região Sudeste apresentou média de 7,1 dias, a Sul 6,5 dias e a Centro-Oeste 6,4 dias. Conclusão: No Brasil, de 2010 a 2021, a DC e a RCU foram as causas de 52.333 internações. A região com o maior número de internações foi a Sudeste e a com maior média de permanência hospitalar foi a região Nordeste. Pacientes do sexo feminino e abaixo de 30 anos e dos 30 as 39 anos foram os mais acometidos.

Palavras-chave: Doença de Crohn; Retocolite ulcerativa; Epidemiologia

ID: 112908

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Jose Andres Sanchez Pulla / PULLA, J. A. / HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL; Juan Pablo Roman Serrano / SERRANO, J. / HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL; Carlos Augusto Metidieri Menegozzo / MENEGOZZO, CAM. / HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL; Lucas Strufaldi Nunes / NUNES, L. / HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL; Iara Nakashima / NAKASHIMA, I. / HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL; Lohana Viduarre Salvatierra / SALVATIERRA, L. / HOSPITAL DO SERVIDOR PUBLICO MUNICIPAL;

Título: TRATAMENTO CONSERVADOR VS TRATAMENTO CIRÚRGICO NA APENDICITE AGUDA NÃO COMPLICADA EM ADULTOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

INTRODUÇÁO A apendicectomia laparoscópica tem sido definida como tratamento padrão ouro da apendicite aguda, com menor incidência de infecções de feridas operatórias, morbidade pós intervenção, menos tempo de internação e maior qualidade de vida quando comparada com a apendicectomia aberta. Desde meados da década de 1990, oito ensaios clínicos randomizados (RCTs) investigaram os tratamentos conservadores com antibióticos em comparação com apendicectomia. OBJETIVOS Avaliar a eficácia, taxa de complicações gerais e recorrência de apendicite em 1 ano entre o tratamento conservador com antibióticos em comparação com o tratamento cirúrgico convencional (apendicectomia de urgência). MÉTODOS E RELATOS Trata-se de uma revisão sistemática meta-análise, desenvolvida de acordo com as recomendações do Manual Cochrane com base nos Itens do Preferred Reporting Items for Systematic Review e and Metaanalyses PRISMA. IDENTIFICAÇÃO: registros em busca via MEDLINE/Pubmed (n = 493); BUSCA: registros após duplicação (n = 469), artigos excluídos (n = 443); ELEGIBILIDADE: Artigos completos e qualificados como elegíveis (n = 26); INCLUSÃO: Estudos incluídos na analise quantitativa (n = 11) ANALISE ESTATÍSTICA Os dados foram extraídos com base nas informações de intenção de tratamento. Para todos os desfechos foi considerada a diferença de risco absoluto (DR) para a análise com intervalo de confiança (IC) de 95% e considerando um nível de significância de P <0,05. A diferença entre os desfechos e da análise de cada subgrupo foi calculada por meio da diferença de risco (DR) juntamente com variáveis dicotômicas. A análise foi realizada com o Software Estatístico RevMan5.3 utilizando o teste Mantel Hantzel (M-H) (18 19) com efeito fixo (EF). A heterogeneidade foi considerada pelo I2, sendo o cut-off de 50%. Quando calculada com valor ≥ 50%, foi realizada a análise de sensibilidade para tentar identificar um ou vários estudos com maior probabilidade de vieses de publicação (outlier), por meio da expressão gráfica da funnel plot com o EF junto com DR. CONCLUSÃO, DISCUSSÃO Taxa de eficácia do TNC (77,59%) em comparação com a apendicectomia de urgência de (90,37%); menor taxa de complicações gerais pós-intervenção (5,32% vs 15,16%); taxa de recorrência de apendicectomia após TNO (19,77%) em 1 ano. VANTAGENS: Metodologia segura e reprodutível de um posicionamento científico, rapidamente atualizada, economizando custos e auxiliando políticas de saúde a serem administradas. CONCLUSÕES: A eficácia do tratamento conservador não tem significância estadística em comparação com a cirurgia; A incidência de complicações é significativamente menor do que a cirurgia; A recorrência após o tratamento conservador tem significância estadística em comparação com cirurgia.

Palavras-chave: APENDICITE ; CONSERVADOR; CIRURGIA

ID: 112528

Área: FÍGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Anna Clara Hebling Mitidieri / Mitidieri, A.C.H. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Maurício Alves Ribeiro / Ribeiro, M.A. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo;

Título: ANÁLISE DA APLICABILIDADE DE MODELO PROGNÓSTICO EM CASOS DA LITERATURA DE METÁSTASES HEPÁTICAS DE MELANOMA.

Objetivo: Primariamente, analisar os resultados da ressecção de metástases hepáticas de melanoma baseados nos dados atuais publicados na literatura mundial; como objetivo secundário, comparar tais resultados com a escala de risco/sobrevida desenvolvido por Adam et al. para metástases não colorretais/não neuroendócrinas em 2006, visando determinar o benefício da ressecção daquelas. Metodologia: Revisão sistemática da literatura nas plataformas Pubmed e Scielo, conforme protocolo PRISMA, incluindo artigos publicados de 2005 a 2020, em língua inglesa, que atendiam aos Mesh Terms melanoma e hepatectomy ou melanoma e liver metastasis. Ao final da identificação, rastreio e elegibilidade, dez artigos foram incluídos. Os dados de sobrevida foram analisados através de uma curva de Kaplan-Meier e comparados com os resultados obtidos em cada categoria de risco proposta por Adam et al. em 2006. Tal escala atribui ao paciente uma pontuação de 0 a 10, levando em consideração idade do paciente, a presença de metástases extra-hepáticas, tamanho da ressecção, comprometimento de margens e tempo livre de doença, estratificando a probabilidade de sobrevida em 5 anos de 0-69% em três grandes grupos (0-3; 4-6; 7-10) Resultados: Foram estudados 39 pacientes, diagnosticados e tratados no período de 15 anos. A taxa de sobrevida em 5 e 10 anos foi de 15,38% e 2,56%, respectivamente. A análise dos casos de escore intermediário mostrou uma sobrevida semelhante ao descrito por Adam, com aumento progressivo da sobrevida quanto menor a pontuação na escala de risco. Por outro lado, os pacientes com escore maior que 6 apresentaram uma sobrevida menor que 5 anos e aqueles com escore menor que 4 não formaram uma amostra estatisticamente relevante. Conclusões: A sobrevida dos pacientes com metástases hepáticas de melanoma encontrada na revisão foi, em geral, menor do que aquela encontrada nos pacientes com metástases não colorretais/não neuroendócrinas em 2006 (15,4% vs. 20% e 2,6% vs. 12% em 5 e 10 anos, respectivamente). Tal fato, associado ao pequeno número de pacientes com escore baixo sugerem uma limitação no diagnóstico destas metástases, provavelmente pela alta mortalidade da neoplasia primária, já que sintomas aparecem nos casos avançados. Quando analisado o benefício da metastasectomia, a alta mortalidade dos pacientes com escore elevado, relacionada ao grau avançado da doença, desencoraja este tratamento, dada a alta chance de mau prognóstico tendo em vista a abordagem cirúrgica. No entanto, a análise dos casos de escore intermediário mostrou um aumento progressivo da porcentagem de sobrevida em 5 anos, inversamente proporcional ao total pontuado. Desta forma, baseado em dados atuais, o modelo prognóstico proposto em 2006 serve de base para a seleção de pacientes com melanoma, demonstrando benefício do tratamento cirúrgico das metástases naqueles que estão no escore intermediário, porém sem benefício no uso rotineiro para qualquer paciente.

Palavras-chave: hepatectomia; melanoma; prognóstico

ID: 113509

Área: GINECOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Carolina Bueno Luzardo / Luzardo, C.B. / Universidade Luterana do Brasil; Eduardo Beltrame Martini / Martini, E.B. / Universidade Luterana do Brasil; Ana Paula Poleto / Poleto, A.P. / Universidade Luterana do Brasil; Vitória Bonzanini Bernardi / Bernardi, V. B. / Universidade Luterana do Brasil; Eduardo Hubner de Souza / Souza, E. H. / Universidade Luterana do Brasil;

Título: LAPAROTOMIA PARA AVALIAÇÃO DE TUMOR DE OVÁRIO: PREVALÊNCIA NO BRASIL ENTRE 2013 E 2021

Objetivo: O objetivo do trabalho é analisar, estatisticamente, os perfis epidemiológicos das intervenções laparoscópicas para avaliação das neoplasias de ovário, no Brasil, entre os anos de 2013 a 2021, seguindo as principais indicações e distribuições entre as regiões geográficas brasileiras, visto que segundo o Instituto Oncoguia a cirurgia é o principal tratamento para a maioria dos cânceres de ovário. Método:. Realizou-se um estudo epidemiológico transversal quantitativo, utilizando a base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Coletou-se os dados de janeiro de 2013 a dezembro de 2021, a partir da filtração de variáveis de AIH aprovadas, laparotomia para avaliação de tumor de ovário em oncologia, ano de processamento, região brasileira, unidade de federação e caráter de atendimento. Resultados: Entre o período de janeiro de 2013 a dezembro de 2021 houve um total de 19.735 laparotomias para avaliação de tumor de ovário no Brasil, delas 936 ocorreram na região Norte, 4.955 na região Nordeste, 6.736 na região Sudeste, 4.773 na região Sul e 2.335 na região Centro-Oeste. Em relação aos estados, 41 foram realizados em Rondônia, 91 no Acre, 205 no Amazonas, 21 em Roraima, 196 no Pará, 139 no Amapá, 243 no Tocantins, 559 no Maranhão, 269 no Piauí, 624 no Ceará, 528 no Rio Grande do Norte, 349 na Paraíba, 1.066 em Pernambuco, 115 em Alagoas, 217 no Sergipe, 1.228 na Bahia, 2.044 em Minas Gerais, 987 no Espírito Santo, 1.257 no Rio de Janeiro, 2.448 em São Paulo, 2.589 no Paraná, 877 em Santa Catarina, 1.307 no Rio Grande do Sul, 278 no Mato Grosso do Sul, 292 no Mato Grosso, 1.432 em Goiás e 333 no Distrito Federal. Do total de procedimentos realizados, 1.388 foram realizados em 2013, 1.872 em 2014, 2.107 em 2015, 2.202 em 2016, 2.288 em 2017, 2.358 em 2018, 2.554 em 2019, 2.416 em 2020 e 2.550 em 2021. Em relação ao caráter de atendimento, 14.677 foram eletivas e 5.058 de urgência. Conclusões: Em suma, com base nos dados obtidos nota-se que a maioria das laparotomias para neoplasias de ovário foram de caráter eletivo. Isso, em números percentuais, representa aproximadamente 74% de todos os procedimentos, uma porcentagem significativa em relação às urgências. Ademais, do total de procedimentos realizados, a região Sudeste se sobressaiu com 6.736 laparotomias, sendo seus representantes: São Paulo com 2.448, Minas Gerais com 2.044, Rio de Janeiro com 1.257 e Espírito Santo com 987. Todavia, o Paraná ainda foi o estado que realizou mais procedimentos, totalizando 2.589. Por fim, é válido ressaltar que, ao decorrer dos anos, o montante de cirurgias foi uma linha crescente, apenas com uma queda tênue no ano de 2020.

Palavras-chave: neoplasias ovarianas; laparotomia; estudos transversais

ID: 113615

Área: GINECOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Emily Santos da Silveira / Silveira, E. S. / Universidade Anhembi Morumbi; Calliza Rodrigues / Rodrigues, C. / Universidade Anhembi Morumbi; Isabelle Farjado / Farjado, I. / Universidade Anhembi Morumbi; Luiza Barbosa / Barbosa, L. / Universidade Anhembi Morumbi; Isabella Gomes / Gomes, I. / Universidade Anhembi Morumbi; Gabriela Kariya / Kariya, G. / Universidade Anhembi Morumbi;

Título: TRATAMENTO HORMONAL PARA ENDOMETRIOSE: BENEFÍCIOS E INTERCORRÊNCIAS

A endometriose é uma doença crônica, a qual se caracteriza por apresentar um tecido semelhante ao do endométrio, mas fora da cavidade uterina. Essa doença acomete, principalmente, mulheres em idade reprodutiva, que buscam atendimento médico por manifestarem sintomas como dor pélvica e infertilidade. Quanto à prevalência, é uma variável incerta, dependendo das amostras populacionais e das abordagens diagnósticas. A endometriose acomete cerca de 10% das mulheres férteis. O diagnóstico dela refere-se à inflamação crônica mediada pelo hormônio o qual controla a ovulação, estrogênio, acometendo de maneira expressiva o ovário. Por se tratar de uma alteração que afeta o processo de reprodução, é passível acarretar a esterilidade e em alterações sensitivas durante o ciclo na região pélvica. O tratamento comumente utilizado interfere no processo citado, inibindo a liberação dos gametas femininos, interferindo diretamente na capacidade de reprodução. Através de uma análise em pacientes com endometriose para avaliar a ação do tratamento hormonal, em 6 meses, os que tiveram o tratamento feito com contraceptivo à base de progestágeno com desogestrel (DSG) mostraram níveis mais baixos de sintomas como dismenorreia, dispareunia e de dor pélvica não menstrual do que o grupo que foi tratado com contraceptivos orais combinados (COC). Passados 12 meses, o grupo tratado com DSG teve 15% dos pacientes mudando o tratamento para um COC por conta de sangramento de escape, já no grupo tratado com COC, 48% dos pacientes mantiveram, porém, outro tipo, procurando a redução da eficácia na dor e nos efeitos colaterais. Passados 3 anos com tratamento contraceptivo, o grupo DSG manteve a terapia em 79% de seus pacientes, por outro lado no grupo COC apenas 14% dos pacientes continuaram com o mesmo tipo de medicamento, 37% do grupo COC mudou o tratamento para outra classe e 47% mudaram para um DSG. Além disso, dentre as mulheres com histórico de endometriose, houve uma ligeira associação inversa entre histerectomia e risco de câncer de ovário, mas essa associação se tornou estatisticamente menos significativa após o ajuste para o uso de terapia apenas com estrogênio (TE) ou terapia com estrogênio associado a progesterona (EPT). No entanto, em geral nas mulheres sem endometriose, houve uma associação positiva entre o risco de câncer de ovário e histerectomia, mas nenhuma associação ao ajustar para a duração do uso de ET e EPT. Uma opção vista como eficaz para o tratamento da dor a longo prazo, que está associada a endometriose, é o contraceptivo à base de progestágeno com DSG, ainda servindo como uma contracepção hormonal, assim como, a terapia anti-inflamatória que reduz estresse oxidativo e da mesma forma, as características clínicas de dor. Logo, os componentes hormonais podem ser capazes de diminuir e/ou anular queixas de dor pélvica crônica, dismenorreia e dispareunia profunda.

Palavras-chave: Endometriose; Tratamento Hormonal; Ginecologia

ID: 113343

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Cirênio de Almeida Barbosa / Barbosa, C.A. / Universidade Federal de Ouro preto; Débora Helena da Cunha / Cunha,D.H. / Faculdade de Minas; Deborah de Oliveira Campos / Campos,D.O. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto; Ana Luiza Marques Felício de Oliveira / Oliveira, A.M. / Universidade Federal de Ouro Preto; João Marcelo Guimarães de Abreu / Abreu, J.G. / Faculdade de Minas; Tuian Cerqueira Santiago / Santiago, T.C / Universidade Federal de Ouro Preto; Marlúcia Marques Fernandes / Fernandes, M.M. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto;

Título: A VIDEOLAPAROSCOPIA OU A OPERAÇÃO ROBÓTICA NA HÉRNIA INGUINAL DEVE SER ROTINEIRA OU DEVEMOS SELECIONAR OS CASOS?

Objetivo: O trabalho visou fazer uma ampla abordagem das vantagens e desvantagens da realização rotineiramente da videolaparoscopia e da cirurgia robótica na hérnia inguinal. Métodos- Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Pubmed, LILACS, Scielo, Up to Date e Cochrane Library, com os seguintes descritores videolaparoscopic hernia, robotic inguinal surgery, and routine inguinal hernia surgery onde foram encontrados 23 resultados publicados nos últimos 5 anos. Resultados- Interessou os dados da Cochrane onde um total de 102 pacientes foram selecionados e 54 alocados no grupo laparoscópico e 48 no grupo robótico. Houve uma diferença do tamanho dos portais entre os grupos, sendo que os portais laterais do grupo robótico eram de 5 mm e no grupo laparoscópico 5 mm. Quanto ao trocarte umbilical na laparoscopia 74% foi de 12 mm e no robótico 58% de 12 mm e 29,2% de 5 mm. O tempo total cirúrgico foi de 75,5 min no braço robótico e 40,5 min. no laparoscópico (P<0,001). O tempo de dissecção do saco herniário, fixação da tela e fechamento peritoneal também foram maiores na plataforma robótica. O tempo de posicionamento da tela foi semelhante em ambas plataformas. A avaliação de dor também foi semelhante entre os dois grupos. Discussão: A laparoscopia tem diversas vantagens como discreta dor pós-operatória; maior facilidade na dissecção anatômica de hérnias recidivadas, tratadas previamente pelo acesso anterior; e um tempo de retorno mais precoce às atividades habituais e ao trabalho. No entanto, muitos dos trabalhos mostram taxas de complicações pela técnica laparoscópica inferiores à aberta e não discriminam com precisão os grupos de pacientes estudados e o tipo de hérnia que eles apresentavam. As complicações em geral são as mesmas, tanto nos reparos abertos, videolaparoscópicos e robóticos, embora o potencial para lesões mais graves seja maior na abordagem videolaparoscópica. Isto reflete a curva de aprendizagem e o tímido ensinamento da técnica.Conclusão: Até o momento da pesquisa, não há dados na literatura que possam recomendar o emprego rotineiro da hernioplastia inguinal videolaparoscópica ou robótica. No entanto, as vantagens da hernioplastia inguinal videolaparoscópica sobre a técnica convencional estão bem estabelecidas na literatura médica por apresentar menos dor pós-operatória, retorno mais precoce às atividades habituais e maior satisfação do paciente

Palavras-chave: videolaparoscopic hernia; robotic inguinal surgery; routine inguinal hernia surgery

ID: 113532

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Cirênio de Almeida Barbosa / Barbosa, C.A. / Universidade Federal de Ouro preto; Débora Helena da Cunha / Cunha,D.H. / Faculdade de Minas; Deborah de Oliveira Campos / Campos,D.O. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto; Ana Luiza Marques Felício de Oliveira / Oliveira, A.M. / Universidade Federal de Ouro Preto; Marlúcia Marques Fernandes / Fernandes, M.M. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto; Adéblio José da Cunha / Cunha,A.J / Hospital São Lucas; Lucas Martins dos Santos Tannus / Tannus, L.M.S. / Santa casa de Misericordia de Belo Horizonte;

Título: COMPLICAÇÃO DE HÉRNIA INTERNA APÓS CIRURGIA DE "BYPASS" GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX.

Objetivo: O presente trabalho visa realizar uma ampla revisão de literatura sobre as complicações após bypass gástrico em Y-de-Roux. Métodos- A pesquisa foi realizada nas bases de dados Pubmed, LILACS, Scielo e Up to Date, com os seguintes descritores bariatic bypass, surgery complications and internal hernia onde foram encontrados 30 resultados publicados nos últimos 5 anos. Resultados- Entre 54 pacientes estudados, 37 eram do sexo feminino (67,3%). A idade variou de 18 a 63 anos, com média de 39,2 anos. O seguimento médio foi de 15,1 meses (de 12 a 18 meses).A localização das hérnias internas variou: 25 (1%), mesocólon transverso; 22 (0,8%), enteroenterostomia; 7 (0,3%), espaço de Petersen. O tempo médio de intervenção para correção de hérnia interna foi de 413 ± 46 dias e a média de perda de excesso de peso corporal (%PC PE) nesse período foi de 59 ± 3,3. A análise de subgrupo demonstra que a incidência de hérnia interna é de 2 em 357 (0,6%) em Roux antecólico versus 52 em 2.215 (2,4%) no membro de Roux retrocólico (odds ratio = 4, P <0,05).No mesmo seguimento, nove pacientes (17,3%) apresentaram quadro de colecistolitíase (por microcálculos) assintomática, e foram submetidos à colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Durante estes procedimentos foram verificados o espaço de Petersen e a fixação jejunal. Em todos os nove, não havia herniação do jejuno para o lado direito do espaço de Petersen. Discussão: Não fechar o espaço de Petersen e não realizar nenhuma manobra alternativa leva à incômoda e arriscada taxa de ocorrência de hérnias internas, que variam de 3-11% na maioria das publicações. A maioria das publicações mostra menor incidência de hérnia de Petersen com o fechamento rotineiro do espaço durante a realização do bypass. Porém, o fechamento deste espaço muitas vezes é tecnicamente difícil e demorado, sendo que muitos cirurgiões consideram este o tempo mais laborioso da operação. O fechamento rotineiro do espaço de Petersen pode estar associado a complicações, e ainda assim diminui, mas não impede, a ocorrência de hérnias internas. A hérnia interna, no espaço de Petersen fechado, ocorre com o deslizamento do intestino por orifícios muito pequenos que facilmente levam ao estrangulamento e necrose intestinal. Conclusão- Pode ser interessante alternativa ao fechamento do espaço de Petersen, pois evitaria a ocorrência de hérnias internas, após bypass gástrico.O fechamento contínuo versus sutura interrompida de defeitos mesentéricos não parece alterar a incidência de hérnias internas.

Palavras-chave: Bypass; Hérnia interna; Complicações

ID: 113463

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Carolina Bueno Luzardo / Luzardo, C.B. / Universidade Luterana do Brasil; Natália Dantas de Cerqueira Furtado / Furtado, N.D.C. / Universidade Luterana do Brasil; João Pedro Silva dos Santos / Santos, J.P.S.D. / Universidade Luterana do Brasil; Vitória Bonzanini Bernardi / Bernardi, V. B. / Universidade Luterana do Brasil; Eduardo Hubner de Souza / Souza, E. H. / Universidade Luterana do Brasil;

Título: HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E VALOR GASTO NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Objetivo: O trabalho objetiva analisar as hernioplastias recidivantes no Brasil nos últimos cinco anos. Desse modo, relacionamos as taxas do procedimento durante o período analisado e os recursos investidos nas diferentes regiões do país, visando, ao final, enunciar o gasto financeiro que é vinculado a um procedimento cirúrgico potencial. Método: Realizou-se um estudo epidemiológico transversal quantitativo, utilizando a base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Coletou-se os dados de janeiro de 2017 a dezembro de 2021, a partir da filtração de variáveis de AIH aprovadas, hernioplastias recidivantes, ano de processamento, região brasileira, valor total gasto e valor de serviços hospitalares. Resultados: Entre o período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021 houve um total de 8.626 hernioplastias recidivantes realizadas no país, sendo 543 na região Norte, 2.383 na região Nordeste, 3.529 na região Sudeste, 1.557 na região Sul e 614 na região Centro- Oeste. Do total de hernioplastias recidivantes executadas, 2.058 foram realizadas no ano de 2017, 1.952 em 2018, 2.184 em 2019, 1.243 em 2020 e 1.189 em 2021. Em relação ao valor gasto dos serviços hospitalares, também dos últimos cinco anos, a região Norte foi responsável por R$ 189.624,88, a região Nordeste por R$ 784.682,65, a região Sudeste por R$ 1.364.142,11, a região Sul por R$ 614.369,76 e a região Centro-Oeste por R$ 207.187,82, totalizando R$ 3.160.007,72. Em relação ao valor total gasto nos últimos cinco anos, a região Norte foi responsável por R$ 271.972,70, a região Nordeste por R$ 1.152.618,47, a região Sudeste por R$ 1.923.528,38, a região Sul por R$ 847.925,37 e a região Centro-Oeste por 299.432,63 totalizando, então, R$ 4.495.477,55, sendo o ano de 2019 o ano em que mais se gastou, com um total de R$ 1.127.959, 33, seguido do ano de 2017, com R$ 1.058.169,75 e do ano de 2018 com R$ 969.280,00. Os anos de 2020 e 2021 foram os mais econômicos, com R$667.538,68 e R$672.529,79 do valor total gasto, respectivamente. Conclusões: É inegável que ao escolher uma técnica para a correção da hérnia, pretende-se baixo índice de complicação, recuperação rápida, resultados satisfatórios e bom custo-benefício. No entanto, quando analisamos os dados e observamos que se gastou nos últimos cinco anos aproximadamente 4,5 milhões de reais em tratamento de recidiva, vemos que o problema é complexo e necessita de uma política de saúde pública. Por um lado, temos pacientes que apresentam um estilo de vida que facilita as recidivas e que não seguem as medidas prescritas para o pós-operatório. Por outro lado, a continentalidade do nosso país e a disparidade financeira entre os municípios não permite que o mesmo aporte seja ofertado em todos os procedimentos. Portanto, o gasto público na área da saúde precisa ser planejado com precisão, para que não tenhamos que submeter os pacientes a procedimentos desnecessários. Assim, tornaremos o sistema de saúde público sustentável.

Palavras-chave: hérnia; recidiva ; política de saúde pública

ID: 113455

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Carolina Bueno Luzardo / Luzardo, C.B. / Universidade Luterana do Brasil; Glaziele Rodrigues Garcia / Garcia, G.R. / Universidade Luterana do Brasil; Lucas Kuelle Matte / Matte, L.K. / Universidade Luterana do Brasil; Alana Zanella / Zanella, A. / Universidade Luterana do Brasil; João Pedro Silva dos Santos / Santos, J.P.S.D. / Universidade Luterana do Brasil; Vitória Bonzanini Bernardi / Bernardi, V. B. / Universidade Luterana do Brasil; Eduardo Hubner de Souza / Souza, E. H. / Universidade Luterana do Brasil;

Título: HERNIOPLASTIAS EPIGÁSTRICAS LAPAROSCÓPICAS E ABERTAS NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

Objetivo: O trabalho objetiva analisar, por meio de um estudo epidemiológico transversal quantitativo, o número de hernioplastias epigástricas laparoscópicas e abertas nas regiões do Brasil nos últimos cinco anos, a fim de analisar a redução ou não no número de procedimentos cirúrgicos abertos e o aumento de hernioplastias de urgência. Método: Foi realizada pesquisa retrospectiva com análise descritiva dos dados relacionados à hernioplastia epigástrica e hernioplastia epigástrica videolaparoscópica, utilizando a base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Coletaram-se os dados de janeiro de 2017 a dezembro de 2021, a partir da filtração de variáveis de AIH aprovadas, hernioplastia epigástrica, hernioplastia epigástrica videolaparoscópica, ano de processamento, região brasileira e caráter de atendimento. Resultados: Entre o período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021 houve um total de 76.669 hernioplastias epigástricas, destas 6.453 foram realizadas na região Norte do país, 23.310 na região Nordeste, 27.027 na região Sudeste, 11.047 na região Sul e 3.832 na região Centro-Oeste. Em relação ao ano, 16.806 realizadas no ano de 2017, 20.272 em 2018, 20.270 em 2019, 9.862 em 2020 e 9.459 em 2021. Em relação ao caráter de atendimento, 62.124 foram eletivas e 14.545 de urgência. Em contrapartida, entre o período de janeiro de 2017 a dezembro de 2021 houve um total de 242 hernioplastias epigástricas videolaparoscópicas, destas 12 foram realizadas na região Norte do país, 51 na região Nordeste, 107 na região Sudeste, 44 na região Sul e 28 na região Centro-Oeste. Em relação ao ano, 70 foram realizadas no ano de 2017, 64 em 2018, 62 em 2019, 20 em 2020 e 26 em 2021. Quanto ao caráter de atendimento, 167 foram eletivas e 75 de urgência. Conclusões Percebe-se uma elevada prevalência de hernioplastias epigástricas realizadas por cirurgia aberta no Brasil quando comparada à via videolaparoscópica. Ademais, observa-se que a região Sudeste concentra o maior número deste procedimento no país, correspondendo a 35,25%. O ano em que mais se realizou hernioplastia no Brasil, dentro desses 5 anos, foi o de 2018, por outro lado, 2020 foi o ano com o menor número de procedimentos. Com relação ao caráter de atendimento, foram realizados mais procedimentos eletivos (81%) que de urgência (19%). Além disso, avalia-se uma redução de aproximadamente 50% nas hernioplastias entre os anos de 2020 e 2021, o qual pode ser relacionado a diminuição no número de cirurgias eletivas durante o período de pandemia por Sars-CoV-2.

Palavras-chave: hérnia abdominal; estudos transversais; covid-19

ID: 113436

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Naiah Eneas da Silva Almeida / Almeida, N. E. S. / Hospital Ana Nery ; Lilian Santana Santos / Santos, L. S. / Hospital Ana Nery; Filipe Das Mercês Ramos da Silva / Silva, F. M. R. / Hospital Ana Nery; Gabriel Silva Rocha / Rocha, G. S. / Hospital Ana Nery; Mateus Andrade Alvaia / Alvaia, M. A. / Hospital Ana Nery; Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo / Romeo, A. C. D. C. B. / Escola Bahiana de Medicina; André Luis Barbosa Romeo / Romeo, A. L. B. / Escola Bahiana de Medicina;

Título: RELEVÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO DA INERVAÇÃO REGIONAL, E SUAS VARIAÇÕES, NAS INGUINOPLASTIAS

Objetivo Dor é uma complicação comum após procedimentos cirúrgicos e, no caso das inguinoplastias, a intricada anatomia da região da virilha justifica tal evento. Os nervos da região inguinal são o ilioinguinal, o iliohipogástrico e o ramo genital do genitofemoral, que inervam a região inguinal, a parte superior da coxa e quadril, bolsa escrotal e grandes lábios, e a sua lesão pode ocasionar dor importante ou até mesmo incapacitante. Nas hernioplastias, a incidência de dor pós-operatória depende da circunstância clínica em que foi feito o reparo (urgência ou eletivo), tipo e local da hérnia e cirurgia sobre recidivas. Espera-se resolução do quadro álgico em aproximadamente dois meses, uma vez que a dor aguda está relacionada à estimulação nociceptiva e inflamatória. No entanto, alguns pacientes mantêm a queixa por mais de oito semanas, configurando uma neuropatia crônica, resultado de lesão nervosa, seja por transecção do nervo (formando neuroma), dano nervoso devido à manipulação (estiramento, cauterização) ou por aprisionamento com suturas/grampos/telas. Pode apresentar intensidade de moderada a grave, interferindo nas atividades de vida diária (parestesia em repouso, dificultando deambulação e até mesmo na função sexual). Método No serviço de Cirurgia do Hospital Ana Néri, à exploração da região inguinal no tratamento das herniações locais, procuramos ter a máxima atenção na identificação da inervação e de suas possíveis variações anatômicas, a fim de preservá-los e não os danificar durante a ressecção do saco herniário e colocação da tela de Polipropileno. Resultados Sob esta ótica ilustramos um caso de paciente do sexo masculino, 33 anos, portador de hérnia inguinal oblíqua externa à direita, que à dissecção dos planos teciduais locais foi identificado um nervo ilioinguinal bifurcado. Prosseguiu-se com o tratamento do saco herniário e colocação de tela de Polipropileno, segundo a técnica de Lichtenstein. Paciente obteve alta no 1º DPO, retornado ao ambulatório após 8 dias, sem queixas de algia importante ou parestesias. Conclusões O cirurgião necessita conhecer profundamente a anatomia e aprimorar sua técnica para evitar que o trauma cirúrgico cause mais danos que a patologia inicial. Dessa forma, acreditamos que a identificação dos nervos da região inguinal durante o ato operatório constitui etapa importante para a sua preservação, o que previne a inguinodinia, oferecendo ao paciente desospitalização e retorno mais precoce às suas atividades laborativas e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hérnia inguinal; Inguinodinia; Inervação inguinal

ID: 113311

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Cirênio de Almeida Barbosa / Barbosa, C.A. / Universidade Federal de Ouro preto; Débora Helena da Cunha / Cunha,D.H. / Faculdade de Minas; Tuian Cerqueira Santiago / Santiago, T.C. / Universidade Federal de Ouro preto; Adéblio José da Cunha / Cunha, J.A. / Hospital São Lucas; Marlúcia Marques Fernandes / Fernandes, M.M. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto; Lucas Martins dos Santos Tannus / Tannus, L.M.S. / Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte; Polyana Margato Rodrigues / Rodrigues, P.M. / Hospital Santa Rita; João Marcelo Guimarães de Abreu / Abreu, J. G. / Faculdade deMinas;

Título: TRATAMENTO ATUAL DE HÉRNIA INGUINAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Objetivos: Este trabalho evidencia os tratamentos mais recomendados pela literatura atual, demonstrando as transformações radicais na técnica cirúrgica e no material utilizado ao longo dos anos pelos cirurgiões gerais. Método: Trata-se de uma revisão integrativa da atual literatura, a partir da base de dados eletrônicos coletados do PubMed, LILACS, Portal Regional da BVS e Cochrane Library. Para isso, foram utilizados os descritores hérnia inguinal, TEP, TAP e foram excluídos estudos que tangenciam a temática abordada. Foram escolhidos estudos desde 1990 até 2021. Resultados: O reparo das hérnias inguinais deve ser realizado com base nos conhecimentos anatômicos e fisiológicos das estruturas da região, com intuito de realizar uma cirurgia segura, com o retorno mais rápido às atividades cotidianas dos pacientes, com uma taxa mínima de recidiva e de complicações pós-operatórias. Franco (1556) descreveu a primeira técnica cirúrgica para tratar hérnias estranguladas, Bassini (1884) foi um dos pioneiros a descrever a herniorrafia moderna e Shouldice (1952) propôs o reparo em dupla camada através de uma técnica de sutura contínua. Billroth (1880) já preconizava o possível uso de prótese, mas foi Lichtenstein, em 1986, que descreveu o reparo realizado por meio da tela de polipropileno e introduziu o conceito de livre-tensão, com baixa recidiva herniária, o que, de fato, concretizou um grande avanço na Medicina. Sabe-se que o tratamento das hérnias inguinais é cirúrgico, todavia, o debate atual entre a comunidade médica está na relação custo-benefício das técnicas minimamente invasivas e na seleção das melhores metodologias para as recidivas. A herniorrafia pela via laparoscópica, desde 1982, chama muita atenção pela fácil identificação do defeito herniário, por proporcionar uma recuperação mais rápida do paciente. Atualmente, alguns autores demonstram que a abordagem laparoscópica pode ser feita totalmente extraperitoneal (TEP) ou pela técnica transabdominal pré-peritoneal (TAPP). A literatura parece concordar que, embora existam controvérsias a respeito da melhor abordagem cirúrgica, a técnica a ser escolhida pelo cirurgião dependerá do material disponível no hospital, da experiência médica, da sintomatologia, do tipo de hérnia (classificação de Nyhus) e da idade do paciente. Ademais, é consensual que a hernioplastia aberta, realizada mediante anestesia local, continua a ser o melhor tratamento para hérnias inguinais unilaterais, não recidivadas, no adulto, porém, sabe-se que a laparoscopia possui vantagens claras a respeito de seu uso, principalmente, quando voltada aos pacientes com hérnia inguinal bilateral ou recidivada. Conclusão: Diversas técnicas cirúrgicas encontram-se à disposição do médico cirurgião para realizar o reparo das hérnias inguinais. Nesse sentido, deve-se optar por aquela que, discutido os riscos e os benefícios, é mais segura para cada paciente.

Palavras-chave: Hérnia inguinal; técnica de Lichtenstein; TAPP

ID: 113521

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Maria Tainar Barbosa de Almeida / ALMEIDA, MTB / FBHC; Sônia Oliveira Lima / LIMA, SO / UNIT; Italo Ruan Ribeiro Cruz / CRUZ, IRR / FBHC; Paula Tatiane Siqueira Souza de Oliveira / OLIVEIRA, PTSS / FBHC; Antonio Alves da Silva Filho / FILHO,AAS / FBHC;

Título: ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA E ESTADIAMENTO DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA SUBMETIDOS À TRATAMENTO CIRÚRGICO ONCOLÓGICO EM UM HOSPITAL BENEFICÊNCIA DO ESTADO DE SERGIPE

OBJETIVO: Avaliar os aspectos histopatológicos e estadiamento do câncer de mama em pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico oncológico em um Hospital Beneficência do Estado de Sergipe. MÉTODO: Trata-se de um estudo retrospectivo, do tipo descritivo, mediante avaliação de uma amostra não probabilística por conveniência dos prontuários de pacientes submetidas a tratamento cirúrgico oncológico para o câncer de mama, no Serviço de Oncologia da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia (FBHC), Aracaju Sergipe, durante o período de janeiro de 2020 à janeiro de 2021, totalizando 66 prontuários. RESULTADOS: Foram analisados um total de 66 prontuários, destes, 16 (41%) pacientes das que realizaram quimioterapia e ou radioterapia neoadjuvante, apresentaram anatomopatológico cirúrgico sem evidência de tumor primário e sem metástases linfonodais. No geral, a idade média das pacientes foi 51,26 anos (22-82 anos). No que se refere aos demais 50 casos com evidência de tumor primário, o tipo histopatológico carcinoma mamário in situ representou 14% e o carcinoma mamário invasor 86% do total. O tamanho médio do tumor foi 3,13 cm (0,45cm-12,7cm). O estadiamento mais prevalente foi o estadio IIA (32%) seguido do estadio I (10%). Em relação à todas as pacientes avaliadas, o tratamento cirúrgico predominante foi à mastectomia (63,6%) com linfadenectomia axilar à nível 3 de Berg (74,3%). CONCLUSÕES: O câncer de mama é um importante problema de saúde mundial, sendo necessários estudos que avaliem o tipo de tratamento clínico associado ao cirúrgico, que favoreçam um melhor prognóstico para as pacientes. Diante disso, observa-se números melhores em relação à média nacional sobre o estadiamento do tumor. O tratamento neoadjuvante apresenta valores positivos na intervenção cirúrgica sobre o câncer de mama, podendo incentivar cirurgias conservadoras para aquelas pacientes com boa resposta terapêutica.

Palavras-chave: câncer de mama; cirurgia oncológica; estadiamento

ID: 113827

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Bruno Monteiro T Pereira / Pereira, BM / GRUPO SURGICAL; Nathalia Sampaio / Sampaio, N. / SANTA CASA DE CAMPINAS; Yana Fracari / Fracari, Y. / SANTA CASA DE CAMPINAS; Helena M N Biscalquin / Biscalquin, H. / SANTA CASA DE CAMPINAS; Caio H Matoba / Matoba, C. / SANTA CASA DE CAMPINAS; Ciro B. G. Carvalho / Carvalho, CB / GRUPO SURGICAL; Victor Caldeira / Caldeira, V / GRUPO SURGICAL; Ingrid Neves / Neves, I. / GRUPO SURGICAL;

Título: APLICAÇÕES DA ULTRASSONOGRAFIA A BEIRA DO LEITO NA PRÁTICA CLÍNICA DIÁRIA DO CIRURGIÃO GERAL

O uso rotineiro do ultrassom portátil na prática médica possibilitou o desenvolvimento de um novo formato de avaliação do paciente à beira do leito. Expandindo-se para diferentes especialidades médicas, como medicina de emergência, terapia intensiva e assim por diante, a cirurgia geral não ficou de fora. Atualmente, muitas possibilidades de ultrassonografia point-of-care (POCUS) são aceitáveis no campo da cirurgia, expandindo-se rapidamente à medida que as tecnologias avançam e com isso o treinamento e qualificação dos cirurgiões neste novo método propedêutico e de auxílio à decisão. Dentre o vasto repertório de possibilidades, destacamos a utilidade do POCUS no diagnóstico de patologias cirúrgicas, avaliação do estado volêmico e de choque circulatório, diagnóstico de dispneia aguda pós-operatória, avaliação rápida de pacientes traumatizados, auxílio em procedimentos, analgesia e intercorrências pós-operatórias e muitos outros. Ano após ano, à medida que a tecnologia se torna mais barata, centenas de cirurgiões terão acesso ao uso diário do POCUS e certamente uma melhor qualidade de tratamento será oferecida. No campo da Medicina de Emergência, um estudo recente mostrou que o POCUS potencialmente influenciou e modificou o manejo e o tratamento em 45% dos casos. O POCUS cardíaco e pulmonar esteve entre as aplicações mais úteis, principalmente em pacientes com queixas cardiopulmonares e naqueles com sinais vitais anormais. Em cirurgia geral até a presente data, o número de publicações que estudam o uso do ultrassom na prática diária é relativamente baixo, porém a curva ascendente é notável, comprovando que a conscientização dos cirurgiões para o POCUS está de fato aumentando. O objetivo deste trabalho é trazer a luz do campo da cirurgia, as aplicações do uso do POCUS no exercício diário do cirurgião geral e do cirurgião de urgência e emergência, enumerando as diversas utilidades na prática clínico-cirúrgica pré e pós-operatória, pré-hospitalar, hospitalar e ambulatorial. Como método, os autores enumeram aqui diversas aplicações da ultrassonografia a beira do leito uteis ao cirurgião geral. Após revisão de literatura, são apresentadas na forma de resultados, todas as possibilidades disponíveis do POCUS e inseridas em forma de tabela de forma que sirva pela primeira vez na literatura Nacional como guia para o futuro treinamento e utilização desta tecnologia por um número cada vez maior de cirurgiões. Os autores concluem que o POCUS possui seu espaço na cirurgia geral já encontrando inúmeras aplicações na atuação clínica diária com benefício comprovado aos pacientes. A necessidade de educação neste método propedêutico urge e sinaliza melhora da qualidade e da prática cirúrgica. Com o conteúdo aqui apresentado, esperamos trazer à tona a importância do POCUS no campo da Cirurgia Geral e como seu uso pode mudar o exercício da Cirurgia Geral.

Palavras-chave: ultrassonografia ; cirurgia ; educacão

ID: 113320

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Cirênio de Almeida Barbosa / Barbosa, C.A. / UFOP; Débora Helena da Cunha / Cunha,D.H. / Faculdade de Minas; Tuian Cerqueira Santiago / Santiago,T.C. / Universidade Federal de Ouro Preto; Adéblio José da Cunha / Cunha,J.A. / Hospital São Lucas; Marlúcia Marques Fernandes / Fernandes,M.M. / Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto; João Marcelo Guimarães de Abreu / Abreu, J.G. / Faculdade de Minas; Deborah de Oliveira Campos / Campos, D.O. / Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto; Fabrícia Aparecida Mendes de Souza / Souza, F.M / Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto;

Título: REVISÃO INTEGRATIVA DE APENDICECTOMIA PELA VIA LAPAROSCÓPICA E PELA VIA CONVENCIONAL

Objetivos: Pretende-se analisar as vantagens e desvantagens, bem como comparar o tratamento da apendicite aguda pela via laparoscópica e pela via convencional, a partir de dados da literatura. Método: Trata-se de um estudo integrativo, retrospectivo e revisional da literatura, a partir de dados coletados do PubMed, LILACS, Portal Regional da BVS e Cochrane Library. Para isso, foram utilizados descritores em inglês, português e espanhol e foram excluídos estudos que tangenciam a temática abordada. Foram escolhidos vinte estudos, desde 2009 até 2021, que melhor abordassem a temática proposta. Resultados: As complicações pós-operatórias da apendicectomia, de uma forma geral, aumentam com: a idade, comorbidades associadas, maior tempo de evolução pré-operatória e o número de reintervenções realizadas nos pacientes. Pode-se dizer que, dos seis relatos de caso analisados, totalizando cerca de 100 pacientes apendicectomizados, 21% deles apresentaram algum tipo de complicação pós-operatória. Dentre elas, as infecções no local operado, os abscessos residuais e de parede, as eviscerações, as peritonites e as obstruções intestinais foram as mais relatadas na literatura como complicações da ferida operatória. Além disso, nota-se que a técnica mais utilizada é a de McBurney (1889), que corresponde à laparotomia aberta, sendo a via videolaparoscópica usada em, aproximadamente, 2% dos casos avaliados pelos estudos. Nesses casos, a técnica laparoscópica foi indicada para pacientes com difícil acesso, ou seja, obesos e laparotomizados, com diagnóstico certo e, na maioria dos casos, do sexo masculino. A literatura demonstra que o tratamento pela via videolaparoscópica também pode levar a uma complicação mais específica: uma infecção intra-abdominal, sem abscessos, em pacientes com um pós-operatório sem incidentes. Conclusão: A partir das pesquisas e das estatísticas encontradas na literatura, pode-se concluir que os dados ainda não estão uniformizados em relação ao perfil das complicações desenvolvidas após a apendicectomia, uma vez que dependem de fatores específicos de cada paciente. Contudo, é possível traçar a prevalência de complicações em pacientes do sexo masculino, nos extremos da faixa etária e naqueles que já possuem doenças associadas. Portanto, é válido salientar a importância do diagnóstico e do tratamento precoce, bem como atentar-se para os pacientes que, estatisticamente, podem ter mais complicações, a fim de salvar vidas.

Palavras-chave: Apendicite; cirurgia vídeolaparoscópica; cirurgia convencional

ID: 113844

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Maria Carolina Galli Mortati / Mortati, M. C. G. / ISCMSP; Laíse Marine Moura de Sousa / Sousa, L. M. M. / FCMSCSP; Joanna Domingues Zequini / Zequini, J. D. / FCMSCSP; Luiz Arnaldo Szutan / Szutan, L. A / FCMSCSP; Caoline Petersen da Costa Ferreira / Ferreira, C.P.C. / ISCMSP; Maurício Alves Ribeiro / Ribeiro, M.A. / FCMSCSP;

Título: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CISTO ESPLÊNICO VERDADEIRO NÃO PARASITÁRIO SÉRIE DE CASOS E REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Cisto esplênico é uma entidade clínica rara, acomete aproximadamente 0.07% da população (Golmohammadzadeh H, et al., 2016). Na maioria das vezes são assintomáticos, sendo encontrados de forma incidental em um exame de imagem (Sardi A, 1998). O tratamento dos cistos esplênicos simples é de maioria expectante. A cirurgia ficaria indicada nos casos de cistos grandes e ou sintomáticos e dúvida diagnóstica. Entretanto, não existe, um consenso na literatura, com relação à abordagem terapêutica, sendo o destelhamento ou esplenectomia as condutas propostas. O objetivo deste trabalho é descrever nossa experiência no tratamento cirúrgico dos cistos esplênicos simples e realizar uma revisão da literatura. Realizamos coleta prospectiva dos pacientes operados em nosso grupo por cisto esplênico simples no período de abril de 2011 até abril de 2020 associada a busca na literatura através dos artigos encontrados no Pubmed. Trabalho foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa. Como resultados em nosso banco de dados obtivemos cinco doentes operados com cisto esplênico verdadeiro não parasitário. A revisão literatura após critérios de exclusão resultaram em 11 artigos que demonstraram que o tratamento cirúrgico foi realizado na maioria dos casos. A ocorrência de cisto esplênico apesar de ser um evento raro, quando sintomático deve ser tratado cirurgicamente, o tratamento vídeo laparoscópico hoje é a escolha na abordagem cirúrgica. Entretanto, a esplenectomia total ou destelhamento ainda não é consensual. Novos estudos são necessários para definição do tratamento avaliando risco e benefício do destelhamento, esplenectomia total ou parcial.

Palavras-chave: Cisto esplênico; cisto verdadeiro

ID: 113571

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Eduardo Cattapan Piovesan / Piovesan, E. C. / Universidade de Passo Fundo; Bruna Zanatta de Freitas / Freitas, B. Z. / Universidade de Passo Fundo; Jeferson da Silva da Silva / Silva, J. S. / Universidade de Passo Fundo; Eduardo Augusto Maciel Pitt / Pitt, E. A. M. / Universidade de Passo Fundo; Emanuelle Tavares / Tavares, E. / Universidade de Passo Fundo; Matheus Felipe Aquino Oliveira / Oliveira, M. F. A. / Universidade de Passo Fundo; Patrick Bonacina / Bonacina, P. / Universidade de Passo Fundo; Paulo Roberto Reichert / Reichert, P. R. / Universidade de Passo Fundo;

Título: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA SOBRE A MORTALIDADE ABSOLUTA E NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR NEOPLASIA MALIGNA DO PÂNCREAS NO BRASIL DE 2010 A 2020.

Objetivo: O pâncreas é foco de diversas neoplasias, sendo o adenocarcinoma ductal a neoplasia maligna do pâncreas (NMP) mais comum. Dado a sua elevada morbimortalidade, bem como a carência de estudos, objetiva-se analisar epidemiologicamente o número de internações e óbitos a respeito dessa enfermidade no país. Método: Estudo descritivo e retrospectivo sobre o número de internações e mortalidade absoluta por NMP no Brasil nos anos de 2010 a 2020. Os dados foram obtidos por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). As variáveis utilizadas foram óbitos absolutos, numero de internações, faixa etária, sexo, unidade de federação, raça, numero de óbitos em internações e taxa de mortalidade. Para essa pesquisa não foi necessário aprovação do Comitê de Ética pois trata-se de um estudo de banco de dados público. Resultado: Constatou-se, no Brasil, um total de internações 98.278 e 105.917 óbitos absolutos por NMP nos últimos 11 anos. As regiões com maior número de internações foram a Sudeste (49,84%) e Sul (26%); as regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentaram 15,14% e 6%, respectivamente. A região com maior mortalidade foi a Sudeste (50,45%); seguida pela Sul (21,62%), Nordeste (18%) e Centro-Oeste (6,24%). A região Norte teve o menor número de internações (2,96%) e óbitos (3,6%). Do total de interações, 49.649 eram do sexo masculino (50,51%) e 48.629 do sexo feminino (49,48%). Quanto ao número de óbitos, 53.306 do sexo feminino (50,32%) e 52.598 eram do sexo masculino (49,65%). As internações predominaram em indivíduos de 60 a 69 anos (31%), acima de 70 anos (29,54%) e de 50 a 59 anos (24,2%). A faixa etária com maior mortalidade foi em indivíduos acima de 70 anos, representando 49,39%; em seguida, 60 a 69 anos (26,65%) e 50-59 anos (16,58%). Indivíduos menores de 40 anos apresentaram o menor número de internações (5%) e óbitos (1,63%). A raça branca teve o maior número de internações (49,21%) e óbitos (62,25%), seguida pela parda (28% e 27,78%) e negra (4% e 6,31%). O número de óbitos em internações foi de 25.000. Em razão disso, a taxa de mortalidade por NMP, calculada a partir do número de internações e óbitos em internações, foi de 25,44%. As maiores taxas foram da região Norte (29,87%) e Sudeste (25,81%). As regiões Centro-Oeste e Sul apresentaram 26,12% e 24,85%, respectivamente. A região Nordeste apresentou a menor taxa de mortalidade, com 24,13%. Conclusão: De 2010 a 2020, a NMP foi a causa de 98.281 internações e 105.917 óbitos no território nacional, com uma taxa de mortalidade de 25,44%. A região Sudeste apresentou o maior número para ambos os fatores analisados e, apesar disso, a maior taxa registrada foi na região Norte. Pacientes do sexo masculino representaram o maior numero de internações, em contrapartida a mortalidade foi maior em pacientes do sexo feminino. Indivíduos de raça branca e acima de 60 foram os mais acometidos.

Palavras-chave: Neoplasia maligna do pâncreas; Epidemiologia; Mortalidade

ID: 113883

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Ana Elisa Dias de Souza / SOUZA, A. E. D. / HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP); Caique Fernandes Alves / ALVES, C. F. / HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP); Roque Beltrão Batista / BATISTA, R. B. / HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP);

Título: PANCREATITE AGUDA GRAVE: ABORDAGEM PRÁTICA

OBJETIVO: a pancreatite aguda (PA) consiste em uma das principais causas de hospitalização dentre as doenças benignas do aparelho digestivo. Embora a maioria dos casos de PA cursem com doença leve autolimitada, resolvida com medidas clínicas, cerca de 20 a 30% dos casos evoluem para a forma grave, com disfunção orgânica e necessidade de cuidados intensivos. Infecção de necrose pancreática e peripancreática ocorre em 20 a 40% dos pacientes com PA grave, e está associada com piora de disfunções orgânicas. Esta revisão de literatura visa visa discorrer sobre o diagnóstico de PA, avaliação de gravidade, complicações da PA grave e indicações de tratamento cirúrgico, enfatizando a abordagem progressiva (Step-Up Approach). METODOLOGIA: foi realizada uma pesquisa bibliográfica por meio das bases de dados Biblioteca Virtual Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e US National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED). O descritor utilizado foi pancreatite aguda grave. Foram selecionados 15 artigos publicados entre 2000 e 2022. RESULTADOS: os níveis de amilase e lipase são importantes para o diagnóstico de pancreatite aguda, mas não têm valor prognóstico. Diversos biomarcadores individuais têm sido propostos para predição da gravidade da PA, como proteína C reativa (PCR), BUN (nitrogênio ureico sanguíneo), hematócrito, interleucinas 6 e 8. Embora a PCR tenha demonstrado baixa capacidade de predição de gravidade na admissão, níveis ≥ 150 mg/L no 3º dia têm alta sensibilidade para prever PA grave. Na ausência de dúvida diagnóstica, a tomografia computadorizada de abdome não deve ser realizada antes de 72 horas. O manejo da PA grave exige reposição volêmica precoce, suporte nutricional, analgesia e vigilância de complicações locais, como necrose pancreática e infecção. Diretrizes sugerem que fluidoterapia precoce com soluções isotônicas é pedra angular no manejo da PA, guiada por reavaliação frequente do status hemodinâmico (terapia guiada por metas). Coleções agudas, necrose pancreática, pseudocisto pancreático e abscesso pancreático devem ser manejados com abordagem em etapas (Step-Up approach). A necrosectomia aberta é reservada para casos de necrose infectada em que não houve resolução do caso com drenagem minimamente invasiva. Maior tendência para necessidade de intervenção nos casos de pseudocisto é observada em pacientes sintomáticos, jovens, em casos com pseudocistos grandes (> 5-6 cm) ou pseudocistos que se comunicam com o ducto de Wirsung. CONCLUSÕES: antibioticoprofilaxia não está recomendada na PA grave. É preconizado por muitos estudos o tratamento por etapas (Step-Up approach), inicialmente com medidas minimamente invasivas, reservando-se intervenções cirúrgicas para casos refratários. A evolução clínica deve nortear o momento mais adequado para intervenção, que idealmente deve ser realizada apenas após a quarta semana, quando a reação inflamatória estiver menos intensa.

Palavras-chave: Pancreatite aguda grave; Complicações da pancreatite; Step-up approach

ID: 113610

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Gabrielle Martins Peres / Peres, G. M. / Universidade Federal de Minas Gerais; Ana Maria Reinholz Moraes / Moraes, A. M. R. / Universidade Federal de Minas Gerais; áurea Ruback Bomfim / Bonfim, A. R. / Universidade Federal de Minas Gerais; Mariana Negri Brentegani / Brentegani, M. N. / Universidade Federal de Minas Gerais; Pedro Henrique Marques Nogueira Lima / Lima, P. H. M. N. / Universidade Federal de Minas Gerais; Thais Tiemi Matsui / Matsui, T. T. / Universidade Federal de Minas Gerais; Pâmela Jacomeli Lembi / Lembi, P. J. / Universidade Federal de Minas Gerais; Daniel Bonomi / Bonomi, D. / Universidade Federal de Minas Gerais;

Título: AVALIAÇÃO INICIAL DE BANCO DE DADOS REFERENTE A RESSECÇÃO PULMONAR ROBÓTICA.

Objetivos Avaliação da lobectomia realizada através da técnica robótica minimamente invasiva em base de dados da Oncotorax e correlação com a literatura. Métodos Estudo observacional a partir de banco de dados da Oncotorax, com 268 pacientes submetidos à ressecção pulmonar pulmonar robótica minimamente invasiva no setor de cirurgia torácica do Hospital Mater Dei e Hospital Vila da Serra OC no período entre Agosto de 2017 e Junho de 2022. Desta amostra foram excluídos 153 pacientes submetidos a procedimento diferente da lobeavaliadosctomia (n = 115). Dentro dos selecionados foram o tempo de console e relato de complicação perioperatória. Resultados A amostra em questão encontrou um tempo de console mediano de 140 minutos, sendo o mais extenso de 340 minutos. Foi observada a distribuição dos procedimentos entre lobectomia inferior direita (n=29), inferior esquerda (n=17), média (n=12), superior direita (n=30) e superior esquerda (n=27). Quanto às complicacoes peroperatórias, foram registradas aderências e dois episódios de acidente vasculares intraoperatório, configurando uma taxa de complicação 0,026% no espaço amostral considerado. Conclusões A cirurgia robótica é uma técnica de cirurgia minimamente invasiva constituída pelo auxílio de um sistema robótico que pode ser aplicada a grande parte dos procedimentos cirúrgicos torácicos. Na literatura está relacionada à maior segurança assistencial e menores morbidades perioperatórias e tempo de internação hospitalar, esta última inclusive compensaria o alto custo da tecnologia necessária para sua realização. São listadas como desvantagem da técnica o custo,o acesso à infraestrutura, o treinamento específico e o tempo cirúrgico. Ainda assim, segundo dados de 2016 da Society of Thoracic Surgeons (STS), os procedimentos minimamente invasivos já somam 62% de todas as lobectomias e segmentectomias pulmonares realizadas nos EUA. Mais especificamente à lobectomia, configura uma ressecção lobar a partir da ligação arterial, venosa e dos broncos lobares e há maior indicação cirúrgica desta categoria em casos de tumores pulmonares. Quanto ao tempo de console, Veronesi G. (2014) encontrou na sua revisão uma variação média entre 210 e 224 minutos. Destarte, os resultados encontrados nesta análise corroboram os achados da literatura, especialmente quanto às baixas taxas de complicação intraoperatória e presença de conversão. Referências 1. Demmy, Todd, and Elisabeth Dexter. "Overview of minimally invasive thoracic surgery." (2019): 1-84. 2. Stewart, Shelby J., and Gavin L. Henry. "Overview of pulmonary resection." (2018). 3. Fernandez, Felix G., et al. "The Society of Thoracic Surgeons lung cancer resection risk model: higher quality data and superior outcomes." The Annals of thoracic surgery 102.2 (2016): 370-377.

Palavras-chave: Cirurgia robótica torácica; Lobectomia; Ressecção pulmonar

ID: 112775

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Paulo Fabricio Stanke / Stanke, P.F / Irmandade da Santa Casa de Misericordia de São Paulo ; Danielle Rando Dias / Dias, D.R. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP; Márcio Botter / Botter, M. / Irmandade da Santa Casa de Misericordia de São Paulo; Roberto Saad Junior / Saad, R.J / Irmandade da Santa Casa de Misericordia de São Paulo; Vicente Dorgan Neto / Dorgan, V.N / Irmandade da Santa Casa de Misericordia de São Paulo; Karen Guerra de Souza / Souza, K.G / Irmandade da Santa Casa de Misericordia de São Paulo; Luiz Guilherme Santos Maksoud / Maksoud,L.G.S / Irmandade da Santa Casa de Misericordia de São Paulo; Igor Eduardo Caetano Farias / Farias,I.E.C / A.C Camargo Cancer Center;

Título: PNEUMOMEDIASTINO EM PACIENTES COM COVID-19: SÉRIE DE CASOS.

Introdução: Caracteriza-se pneumomediastino pela presença de gás extra luminal no mediastino, que pode acarretar dor torácica com irradiação para o pescoço, dispnéia e enfisema subcutâneo. Atribui-se as causas dessa afecção, a eventos traumáticos, identificados por Macklin pela hiperinsuflação dos alvéolos sem a expansão correspondente do lúmen vascular associado a redução do Calibre dos vasos Pulmonares , como também a episódios espontâneos, definidos por Hamman pela ruptura das unidades respiratórias em decorrência ao aumento repentino de pressão, assim o ar livre disseca o tecido intersticial peribroncovascular. A prevalência era rara e relatada em apenas 1 em 29.670 dos casos. Todavia observou-se um aumento notável em decorrência da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARSCOV-2) , porém as razões deste acréscimo até então, não eram plenamente elucidadas. Objetivos: Alertar sobre o aumento da incidência pneumomediastino em virtude da SarsCov-2 e discutir aspectos terapêuticos, ao relatar os casos de pacientes que foram acometidos. Métodos: Realizar uma coorte prospectiva de pacientes que tiveram Covid-19 e sofreram Pneumomediastino, atendidos na ISCMSP, de junho de 2020 a junho de 2022, por meio da análise de seus prontuários. Como critério de caracterização da gravidade dos casos houve a implementação de exames laboratoriais, imagem e tomografias de tórax, cujos achados determinaram qual seria o melhor tratamento. Resultados: Foram analisados os dados de 17 pacientes, desses 8 eram homens e 9 mulheres, com idades entre 17 e 78 anos, 64.07% apresentavam doenças prévias. O principal sintoma relatado na admissão foi dispneia, e todos necessitaram de suporte ventilatório imediato. As causas de pneumomediastino foram: espontânea 5,88% e alterações do parênquima pulmonar associado a infecção de Covid-19 : 94,12% . No que tange a conduta terapêutica a intervenção cirúrgica ocorreu por meio de drenagem de tórax, pleural e traqueoplástia, como procedimento clínico houve monitorização hemodinâmica, suporte intensivo. Conclusão O pneumomediastino outrora, raro entre pacientes em UTI, acentuou-se com a Pandemia de Covid-19.

Palavras-chave: Pneumomediastino; Covid-19; Tórax

ID: 113518

Área: TRANSPLANTES

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Luiza Seixas de Sá Beltramo / Beltramo, L. S. S. / Universidade Federeal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; Gabriele Eckerdt Lech / Lech, G. E. / Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Yasmin Ricarte Hass Lopes / Lopes, Y. R. H / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; Laura Tibola Marques da Silva / Silva, L. T. M. da / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre;

Título: REDUÇÃO DE TRANSPLANTES DE FÍGADO NO SUS E A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL

Objetivo: A pandemia de COVID-19 gerou grandes impactos nos setores de saúde do mundo todo, que ainda repercutem atualmente. Da mesma forma, no Brasil, todos os esforços se voltaram ao combate da COVID-19, o que dificultou e atrasou a ocorrência de outros procedimentos. Isso ocorreu, principalmente, no que se refere a tratamentos cirúrgicos. Este trabalho busca estimar os impactos da pandemia no número de transplantes de fígado por região brasileira entre os anos de 2019 e 2021, por meio da quantificação das alterações e análise da região mais acometida. Métodos: Os dados foram extraídos da base de dados TABNET do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (DATASUS). Foram analisadas quantitativamente os transplantes de fígado com doador falecido e doador vivo, no período de janeiro a dezembro dos anos de 2019, 2020 e 2021. Dentro desse contexto, as informações referentes aos transplantes ainda foram subdivididas por região do país. Resultados: Os registros demonstram a realização de 5.361 transplantes de fígado no período analisado, com uma queda de 12,5% no número total de 2019 para 2021. O Nordeste obteve a maior taxa de queda no número de transplantes nos mês de maio de 2020 e 2021 em comparação com o ano de 2019, uma diminuição de aproximadamente 75% e 25%, respectivamente. Na região Sudeste, região que representa aproximadamente 50% dos transplantes de fígado do país, observou-se uma queda de menor impacto, em 2019 foram realizados 76,3 transplantes em média por mês, em 2020 esse número foi 68,4. A região Norte, que já apresenta os menores números no Brasil, manteve o número de 7 transplantes nos anos de 2019 e 2020, com a realização de somente um transplante após o início da pandemia, porém teve queda de 100% no ano de 2021. O Centro-Oeste foi a única região com aumento no número de transplantes entre os anos de 2019 e 2021, um acréscimo de aproximadamente 20% no número de procedimentos. A região Sul, apesar de uma queda 15% entre os anos de 2019 e 2021, apresentou crescimento em alguns meses, como em maio, quando realizou 20% a mais de transplantes quando comparado a 2019. Conclusão: O aumento no número de casos de COVID-19 no Brasil foi seguido por uma redução no número de transplantes de fígado no país. As regiões Norte e Nordeste, historicamente desamparados, sofreram os maiores impactos. A diminuição total de transplantes de fígado, devido à redução no número de procedimentos cirúrgicos, pode resultar em consequências imediatas e tardias. Dessa forma, há a necessidade de realização de novas análises e planejamento dos gestores para que a população seja adequadamente assistida.

Palavras-chave: Transplantes; Fígado; COVID-19

ID: 113878

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Paulo Cesar Rozental Fernandes / Rozental-Fernandes, P C. / Universidade Santo Amaro; Ana Paula Ribeiro / Ribeiro, Ana Paula / Universidade Santo Amaro; Diego Ferreira Andrade Garcia / Andrade-Garcia, Diego / Universidade Santo Amaro; Thales Felipe dos Santos Pereira / Santos-Pereira, Thales / Universidade Santo Amaro; Letícia Dantas Marques de Freitas / Marques-Freitas, Letícia / Universidade Santo Amaro; Neil Ferreira Novo / Ferreira-Novo, Neil / Universidade Santo Amaro; Isabelle Sacchi Leite / Sacchi-Leite, Isabelle / Universidade Santo Amaro; Elias Jirjoss Ilias / Jirjoss-Ilias, Elias / Universidade Santo Amaro;

Título: ASPECTOS DO TRAUMA RELACIONADOS À VIOLÊNCIA, ACIDENTES E QUEDAS ANTES E DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

Introdução: O trauma é a segunda causa de mortalidade e a sexta causa de internação no país, sendo as violências, acidentes e quedas as mais prevalentes. Não obstante, o país vive reflexos da pandemia da COVID-19, além da carência por estudos sobre o trauma e os atendimentos prestados na área. Objetivo: Analisar as características clínicas e epidemiológicas do trauma junto às violências, acidentes e quedas entre os anos de 2019, 2020 e 2021 antes e durante a pandemia da COVID-19. Materiais e métodos: Trata-se de estudo analítico do tipo coorte retrospectivo. As buscas foram feitas pelos sistemas: SIVA e SINAN, nos períodos de março a julho de 2019, considerados pré-pandemia; e os anos de 2020 e 2021. A faixa etária padronizada foi de 25 a 55 anos. Os temas pesquisados relacionados à violência foram em relação aos tipos de violência (física, tortura, psicológica/moral e sexual); mecanismo de violência (força corporal/espancamento, enforcamento, objeto contundente, objeto pontiagudo e suspeita de uso de álcool); causa da violência (pai, mãe, padrasto, cônjuge, namorado, filho, irmãos, amigos/ conhecidos e desconhecidos) e assistência à saúde. Em relação às quedas e outros acidentes, foram levantados os casos de notificação por quedas, afogamentos, choques elétricos, queimaduras, acidentes por armas arma branca ou arma de fogo, calor ou fogo, asfixia, deslizamento de terra ou alagamento e acidentes de trânsito. Outro ponto levantado foi em relação à assistência à saúde em casos de quedas e acidentes de trânsito em hospitais, ambulatórios e prontos-socorros. Testes não paramétricos foram aplicados para análise estatística. O Teste Qui-Quadrado foi aplicado para comparar os períodos, em relação aos casos confirmados de violência, quedas e outros acidentes na cidade de São Paulo. O mesmo teste foi aplicado para comparar os três anos em relação às frequências de cada um dos tipos de trauma. Resultados: O trauma permaneceu mais prevalente para os homens, com ensino fundamental completo e raça parda. Ao analisar os diferentes tipos de violência - física, tortura e sexual; houve maior prevalência em 2019, com exceção da violência psicológica/moral, que foi maior em 2021. Os diferentes mecanismos de violência foram significativamente mais prevalentes em 2019, assim como as diferentes causas de violência, quedas e traumas veiculares envolvendo pedestres, ocupantes, motoristas e passageiros. O atendimento ambulatorial confirmou a tendência de superioridade em 2019, porém, o atendimento hospitalar de urgência apresentou maior número de solicitações em 2020 e 2021. Conclusão: Traumas de violência, acidentes e quedas, de maneira geral, foram mais frequentes em 2019 em relação ao período de pandemia, bem como a busca de cuidados de saúde em hospitais e clínicas. Esses dados mostram uma possível redução nas notificações de traumas e menor demanda por atendimento durante a pandemia. Palavras chaves: Trauma, violência, acidentes, assistência, caídas, COVID-19.

Palavras-chave: Trauma; Violência; Acidentes

ID: 113380

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Caique Fernandes Alves / Alves, C. F. / Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas; Mayara Galisse Negrão / Negrão, M. / Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas; Erick Coelho Valadares / Valaradares, E. C. / Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas; Roque Beltrão Batista / Batista, R. B. / Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas; José Benedito Bortoto / Bortoto, J. B. / Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas; Thiago Rodrigues Araújo Calderán / Calderan, T. R. A. / Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas;

Título: LESÃO ESOFÁGIA EXTENSA POR TRAUMA FECHADO

Introdução O esôfago é um órgão que percorre 3 regiões: cervical, torácica e abdominal. Devido a sua localização e extensão, lesões por trauma são raras, correspondendo a menos de 1% das lesões traumáticas. Cerca de 60% das perfurações de esôfago são iatrogênicas, 15% por causas espontâneas, e 2-15% causadas por trauma. O segmento mais acometido é o cervical, correspondendo a 57% dos casos. As causas mais comuns são ferimento por arma de fogo (78,8%), ferimento por arma branca (18,5%), e apenas 2% são relacionadas a traumas fechados. O diagnóstico de trauma esofágico (TE) é desafiador. Os sinais e sintomas de TE incluem dor (71%), febre (51%), dispneia (24%) e crepitação (22%). A mortalidade pode chegar a 50% e morbidade a 20%. Objetivos e Métodos Relatar e descrever achados presentes em paciente vítima de lesão esofágica secundária a trauma contuso objetivando aumentar a acurácia diagnóstica. Relato de Caso Paciente KCSA, masculino,18 anos, vítima de queda de 5 metros com impacto da região cervical contra estrutura metálica e do membro inferior direito (MID) contra o solo. Em atendimento pré-hospitalar, paciente em Glasgow 15, sinais vitais estáveis, apresentando edema da região cervical associado a disfonia progressiva e sinais de fratura do MID. Atendimento conduzido de acordo com protocolo Advanced Trauma Life Support (ATLS) com os seguintes achados: A. Vias aéreas pérvias, com dificuldade na abertura da boca e disfonia, prosseguido a intubação orotroqueal; B. Escoriação e edema cervical difuso, maior a esquerda, enfisema subcutâneo extenso; C e D. Sem alterações; E. Sinais de fratura de MID. Submetido a tomografia computadorizada (TC) de corpo inteiro evidenciando: fratura pterigóide bilateral, fratura alveolar, fratura do pedículo de C2, fratura odontóide, extenso enfisema subcutâneo se estendendo desde o espaço submandibular esquerdo a planos cervicais profundos e densificação de partes moles de estruturas da hipofaringe e laringe esquerdas. Internado em unidade de terapia intensiva, submetido a endoscopia digestiva alta evidenciando laceração de 60% da circunferência esofágica a 17cm da arcada dentária superior. Submetido a cervicotomia exploradora com drenagem de hematoma cervical, identificada secção da porção lateral esquerda da cartilagem tireóide associada a secção completa do istmo; laceração esofágica se estendendo desde a hipofaringe a 3cm acima porção mediastinal do esôfago. Realizada sutura primária da cartilagem tireóide e da laceração esofágica com pontos simples fio de vycril 3.0, alocada sonda nasogástrica de Dubbhoff e e dreno de penrose nº 2 peri-esofágico. Conclusão O TE, além de condição rara, tem reconhecimento e manejo complexos. Atrasos no diagnóstico podem comprometer o sucesso do tratamento, e muitas vezes, pacientes podem evoluir com desfechos fatais em curtos períodos de tempo. A suspeição e condução ágil são fundamentais para redução da alta mortalidade inerente a condição.

Palavras-chave: Esôfago; Trauma; Ruptura

ID: 113447

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Marcella Frasson / FRASSON, Marcella / Universidade Estadual de Londrina; Lucas Pulcinelli Cesar / CESAR, Lucas. P. / Universidade Estadual de Londrina; Sofia Gonçalves Mota / MOTA, Sofia. G. / Universidade Estadual de Londrina; Renato Rubia Garcia Júnior / JÚNIOR, Renato. R. G. / Universidade Estadual de Londrina; Guilherme Lopes Garcia de Souza Campos / CAMPOS, Guilherme. L. G. S. / Universidade Estadual de Londrina; Kalleb Vaz Arca / ARCA, Kalleb. V. / Universidade Estadual de Londrina; Maria Beatriz Pereira Coelho / COELHO, Maria. B. P. / Universidade Estadual de Londrina; Giuliana Sanfelice Anici / ANICI, Giuliana. S. / Universidade Estadual de Londrina;

Título: MANEJO E RECONHECIMENTO DO TRAUMA PÉLVICO

Os traumas pélvicos representam quadros potencialmente graves, configurando alto grau de morbimortalidade. O presente estudo tem como objetivo elucidar os mecanismos de trauma pélvico, a fisiopatologia das lesões, a gradação das lesões, os métodos diagnósticos e as formas de tratamento. Para a avaliação da problemática, foram realizadas pesquisas bibliográficas em diferentes bancos de dados, como Scielo e Pubmed. As citações incluídas compreendem o período de Janeiro de 2000 a Junho de 2022. Para identificação dos documentos, utilizou-se a estratégia de pesquisa primária a partir de palavras-chave pré-selecionadas combinadas com os operadores logísticos booleanos AND/OR. Observou-se que as causas mais comuns de trauma pélvico estão associadas aos acidentes automobilísticos, quedas e lesões por arma de fogo. Existem diferentes classificações com base no mecanismo da lesão, contudo, atualmente destaca-se a graduação da World Society of Emergency Surgery (WSES). O diagnóstico e tratamento devem considerar o estado hemodinâmico, o dano funcional do anel pélvico e as lesões associadas. O tratamento visa restaurar de maneira definitiva a homeostase e a fisiopatologia condicionada à estabilidade mecânica do anel pélvico. Assim, o manejo e o reconhecimento do trauma pélvico está diretamente relacionado ao quadro fisiológico do indivíduo, avaliação anatômica das lesões e medidas terapêuticas.

Palavras-chave: Trauma Pélvico; Fratura Pélvica; Fratura de Anel Pélvico

ID: 112631

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Pamela Bernardes Mineu Fontes / Fontes, P.B.M. / HOSPITAL MUNICIPAL DO CAMPO LIMPO; Larissa Pereira Ribeiro / Ribeiro, L.P. / HOSPITAL MUNICIPAL DO CAMPO LIMPO; Antonio Herculano Silva Filho / Silva Filho, A.H. / HOSPITAL MUNICIPAL DO CAMPO LIMPO;

Título: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME E PELVE COM CONTRASTE E DETECÇÃO DE ALTERAÇÕES PRÉVIAS ÀS LAPAROTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DO CAMPO LIMPO NOS MESES DE NOVEMBRO E DEZEMBRO DE 2019.

OBJETIVO: O presente estudo teve por objetivo avaliar o papel da TC de abdome e pelve com contraste na detecção de alterações prévias às laparotomias realizadas nos pacientes admitidos no Hospital Municipal Fernando Mauro Pires da Rocha (Hospital do Campo Limpo), localizado no município de São Paulo - SP, relacionando os achados intraoperatórios com os achados radiológicos da amostra. MÉTODO: No estudo, foram incluídos os pacientes admitidos na unidade nos meses de novembro e dezembro de 2019 submetidos à laparotomia, que realizaram, ou não, TC de abdome e pelve com contraste. O levantamento do número de laparotomias no período, foi obtido segundo o registro no livro de admissões do Centro Cirúrgico, seguido da revisão de prontuário dos pacientes para se confrontar as descrições cirúrgicas dos mesmos e seus respectivos laudos tomográficos. RESULTADOS: Dos 92 pacientes incluídos no estudo, 32 pacientes foram submetidos a TC de abdome e pelve com contraste, e em 28 pacientes pode ser constatado relação positiva entre os achados da ferramenta de imagem e o intraoperatório. Em 3 casos a TC se mostrou negativa mesmo tendo sido identificada alguma alteração no intraoperatório. Apenas 1 caso o paciente foi submetido à exploração cirúrgica a despeito da ausência de achados radiológicos abdominais. A sensibilidade para o método de imagem foi de 90% e sua especificidade foi de 100%. O valor preditivo positivo foi de 100% em detrimento do valor preditivo negativo que foi de 25%, com uma acurácia de 90,6%. Tais achados demonstraram que a especificidade da TC para verificar os casos positivos foi muito boa, mas com alguma falha na sua sensibilidade, ou seja, na capacidade em detectar os verdadeiros negativos no total dos pacientes avaliados. CONCLUSÕES: Pode-se concluir então que a TC de abdome e pelve quando indicado de maneira criteriosa, pode ser realizado com segurança em pacientes potencialmente candidatos à laparotomia devido a sensibilidade e especificidade adequadas do método para detecção de condições cirúrgicas pós-traumáticas ou não, permitindo tratamentos menos agressivos possam ser realizados visto que há maior possibilidade de planejamento, e, redução da morbimortalidade neste grupo de pacientes.

Palavras-chave: Laparotomia.; tomografia computadorizada; trauma abdominal

ID: 113835

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Caio / MATOBA, C.H / SANTA CASA DE CAMPINAS; Natalia Sampaio / SAMPAIO, N / SANTA CASA DE CAMPINAS; Helena M N Biscalquin / BISCALQUIN, H.M.N / SANTA CASA DE CAMPINAS; Yana Fracari / FRACARI, Y / SANTA CASA DE CAMPINAS; Juliana Paula Horiuchi / HORIUCHI, J, P / SANTA CASA DE CAMPINAS; Jose Alberto Filho S / FILHO, J.A.F.S / SANTA CASA DE CAMPINAS; Juliana Rodrigues Matsuguma / MATSUGUMA, J.R / SANTA CASA DE CAMPINAS; Bruno Monteiro Tavares Pereira / Pereira, B,M / SANTA CASA DE CAMPINAS;

Título: EFEITOS ADVERSOS E COMPLICAÇÕES DO ABDOME ABERTO

EFEITOS ADVERSOS E COMPLICAÇÕES DO ABDOME ABERTO O abdome aberto (AA) é uma medida temporária desafiadora empregada por cirurgiões em diversos cenários críticos. Embora o AA seja comprovamedamente efetivo em resguardar a vida principalmente em cenários de trauma e sepse, muitos desses pacientes enfrentam complicações no curto e longo prazo como fístulas entero-atmosféricas, distúrbios hidroeletrolíticos, nutricionais e eventualmente hérnias ventrais numa fase tardia. O objetivo deste trabalho é revisar na literatura os efeitos adversos e complicações do abdome aberto, trazendo desta forma informações que auxiliem o cirurgião a antever as opções terapêuticas neste cenário desafiador. Método: Foi realizada revisão em base de dados (PubMed/ Lilacs), nos idiomas inglês e portugues, no período de 2017 a 2022, utilizando-se os descritores: open abdomen, open abdomen management, open abdomen closure, open abdomen negative pressure, peritoneostomia, complicações, efeitos adversos. Resultado: Após análise da busca 4042 artigos científicos foram selecionados. Estratificação dos descritores, incidência de complicações e efeitos adversos mais comuns e terapêuticas mais aplicadas são apresentadas. Conclusão: O AA é um cenário desafiador de tratamento até mesmo para os mais experientes cirurgiões. Este trabalho traz uma revisão literária dos últimos 5 anos com ênfase nas complicações e fatores adversos do AA indicando as terapêuticas modernas utilizadas para recuperação desta população de doentes.

Palavras-chave: abdome aberto; complicaoes do abdome aberto; opcoes terapeuticas

ID: 113487

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Laura Tibola Marques da Silva / SILVA, L. T. M. da. / UFCSPA; Gabriele Eckerdt Lech / Lech G. E. / PUCRS; Luiza Seixas de Sá Beltramo / Beltramo. L. S. S. / UFCSPA; Yasmin Ricarte Hass Lopes / Lopes Y. R. H. / UFCSPA;

Título: O IMPACTO DA PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS EM PROCEDIMENTOS DE APENDICECTOMIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Objetivo: Analisar o número de apendicectomias realizadas pelo SUS no período de 2016 a 2021 visando a avaliar o impacto da pandemia nesses diagnósticos e procedimentos. Métodos: Os dados utilizados foram obtidos através da base de dados TABNET do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Após compilação dos dados, realizou-se uma análise quantitativa descritiva das informações (média) e estimativas estatísticas com intervalo de confiança de 95% por regressão linear em SPSS. Resultados: O número de apendicectomias realizadas pelo SUS em 2020 e 2021 foi de 115.701 e 114.114, respectivamente. Esses números representam uma queda em relação à média dos quatro anos anteriores (116.263,5 procedimentos). No ano de 2016, esse número havia sido de 111.639; em 2017, de 113.961; em 2018, de 116.575; e em 2019, de 122.879, representando uma correlação direta significativa ($p=0,03$; $r^2=0,967$) entre anos e procedimentos. Utilizando-se desta mesma regressão, o limite de confiança inferior para o ano de 2020 e 2021 seria de, respectivamente, 123.170,90 e 126.801,64 procedimentos, sendo os dados coletados 8,07% e 13,11% abaixo da previsão. A região que apresentou maior queda no período pandêmico (relacionando o final de 2019 ao final de 2021), em relação à média dos 4 anos anteriores, foi a região sul (-11,03%). As regiões norte, sudeste e centro oeste apresentaram uma queda de 2,7%, 9,83% e 6,53%, respectivamente. A região nordeste mostrou-se a menos afetada pela pandemia em relação a este procedimento, com uma queda de 1,25%. Conclusão: A queda registrada no número de apendicectomias no SUS nas cinco regiões brasileiras, em 2020 e 2021, em relação à média dos quatro anos anteriores, teve significância estatística. Durante a pandemia, houve uma maior racionalização do uso de recursos intervencionistas e cirúrgicos principalmente pela alta demanda de suprimentos anestésicos e estrutura hospitalar, promovendo uma maior dedicação a comprovação diagnóstica das patologias. Hipotetiza-se que o número de apendicectomias pode ter reduzido por conta de uma menor quantidade de procedimentos realizados como tratamento empírico. Novos estudos devem ser realizados a fim de verificar a manutenção de tal tendência.

Palavras-chave: Apendicectomia; Sistema Público de saúde

ID: 113611

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Vitória Mikaelly da Silva Gomes / Gomes, VMS / Hospital das Clínicas da UFMG; Paula Rodrigues Sampaio / Sampaio, PR / Hospital das Clínicas da UFMG; Rogério Adão Braga / Braga, RA / Hospital das Clínicas da UFMG; Henrique Gonçalves de Melo / Melo, HG / Hospital das Clínicas da UFMG; Leonardo Santos Viana / Viana, LS / Hospital das Clínicas da UFMG;

Título: PNEUMATOSE INTESTINAL EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO A pneumatose intestinal (PI) ocorre devido formação de múltiplos cistos de gás na parede intestinal. Sua etiologia ainda permanece desconhecida, podendo-se originar de forma primária (15%) cujo diagnóstico ocorre de forma incidental e o paciente é assintomático ou de forma secundária (85%). Em geral, o tratamento é conservador, restringindo a abordagem cirúrgica aos casos que evoluem com complicações. CASO Mulher, 35 anos, com diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda B comum, internada para realização de quimioterapia com cirtarabina e mercatopurina. Em investigação para quadro ginecológico prévio (03/02/20) de formação hipodensa uterina, realiza tomografia (TC) de abdome e pelve que evidenciou extensa pneumatose intestinal comprometendo o ceco, toda extensão do cólon ascendente e os terços proximal e médio do cólon transverso, associada a focos de retropneumoperitôneo. Na anamnese, a paciente queixava-se de dor abdominal leve e diarreia com evolução há quatro dias. Apresentava sinais vitais estáveis, leucograma sem alterações e abdome indolor, sem sinal de irritação peritoneal. Em face do bom estado clínico da paciente, foi optado pelo início de antibioticoterapia venosa com ceftriaxone e metronidazol , associado a exame físico abdominal seriado. A dieta por via oral foi liberada 3 dias após diagnóstico. A paciente evoluiu com boa tolerância a dieta por via oral e melhora total da dor abdominal, realizando TC de abdome de controle 7 dias após quadro inicial, evidenciando redução da pneumatose intestinal e dos focos de retropneumoperitôneo. DISCUSSÃO A PI caracteriza-se por uma condição clínica incomum, em que ocorre o acúmulo de gás no interior da parede intestinal, comprometendo a camada subserosa e submucosa. A sua etiologia permanece incerta, podendo-se apresentar de forma primária ou secundária, sendo muitas vezes o sinal de alguma doença. Permanece muitas vezes subdiagnosticada, devido o seu curso benigno e alto limitado. Porém, em alguns casos, pode significar condição clinica grave. Apesar da patogênese não ser muito bem definida, pode originar-se de causa mecânica, bacteriana, pulmonar e lesão da mucosa intestinal. Na teoria mecânica, ocorre por aumento da pressão intraluminal dos gases, acometendo locais em que existe fraqueza da parede intestinal. O aumento da produção de gases pelas bactérias anaeróbicas, principalmente do hidrogênio, pode também levar a patogênese da PI. Além disso, a ruptura dos alvéolos e sua difusão gasosa pelo mediastino e retroperitôneo também é considerada outra causa. O tratamento cirúrgico da PI deve ser considerado apenas diante de complicações, como obstrução intestinal, volvo, intussuscepção e perfuração intestinal, caso contrário, deve ser optado pelo tratamento conservador, que inclui uso de sintomáticos, suporte hidroeletrolítico e hemodinâmico, antibioticoterapia, podendo-se considerar o uso de oxigenoterapia hiperbárica.

Palavras-chave: Pneumatose intestinal; Cirurgia Geral

ID: 113855

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Helena Maria Nascimento Biscalquin / Biscalquin, H.M.N / Irmandade Santa Casa de Campinas ; Nathália Sampaio / Sampaio, N / Irmandade Santa Casa de Campinas; Yana Nascimento Fracari / Fracari, YN / Irmandade Santa Casa de Campinas; Caio Heiji Matoba / Matoba, CH / Irmandade Santa Casa de Campinas; Rafael de Oliveira / Oliveira, R / Grupo Surgical; Cecilia Araújo Mendes / Mendes, CA / Grupo Surgical; Rafael Mezalira Ruano / Ruano, RM / Grupo Surgical; Prof. Dr. Bruno Pereira T Monteiro / Pereira BM / Grupo Surgical;

Título: QUAIS AS INDICAÇÕES PARA DESCOMPRESSÃO CIRÚRGICA NA HIPERTENSÃO INTRA-ABDOMINAL EM PACIENTES COM PANCREATITE AGUDA GRAVE?

A pancreatite aguda está presente na prática médica e na sociedade contemporânea devido a diversos fatores. Sua incidência varia em até 80 casos/ano por 1mi habitantes, como ocorre nos EUA e Finlândia. O curso grave da doença está entre 20% dessa população, com mortalidade de até 49%. A relação entre pancreatite aguda grave (PAG) e síndrome compartimental abdominal (SCA) está bem estabelecida e descrita como sua complicação mais letal. Como a pancreatite aguda é um fator de risco bem estabelecido para SCA, diretrizes recentes da Sociedade Mundial do Compartimento Abdominal (WSACS) recomendam a medição rotineira da pressão intra-abdominal (PIA) em pacientes com PAG. O diagnóstico de SCA na PAG é difícil porque os sintomas podem se assemelhar aos de outras complicações, como SIRS, SDRA, necrose infectada e síndrome de disfunção de múltiplos órgãos. É por isso que a medida da PIA deve ser realizada baseada nos fatores de risco para SCA, na admissão e a cada 4 ou 6h. A demora no diagnóstico de SCA na presença de PAG aumenta a mortalidade desses pacientes, uma vez que a baixa perfusão tecidual se perpetua. Atualmente, o melhor tratamento para SCA é sua prevenção por monitoramento intensivo, evitar a administração excessiva de líquidos e os efeitos exagerados da inflamação grave. Uma vez presente o binômio SCA-PAG, o tratamento de primeira linha da doença é conservador, seguindo o fluxo de tratamento clínico proposto pela WSACS, porém, a descompressão cirúrgica é necessária quando os métodos conservadores são insuficientes, comprovado por 3 medidas consecutivas e sustentadas durante o tratamento clínico. Na prática atual permanece desconhecido quando e se a intervenção invasiva deve ser realizada e por qual método (drenagem percutânea por cateter ou descompressão cirúrgica). O objetivo deste trabalho é buscar fundamentos na literatura que norteiem a tomada de decisão para descompressão cirúrgica da SCA na PAG. Dada a morbidade da descompressão abdominal aberta, meios não invasivos de redução da PIA são uma alternativa atraente (como sedação, bloqueio neuromuscular, descompressão nasogástrica, correção de um balanço hídrico cumulativo positivo e até hemodiafiltração contínua). Além das estratégias de tratamento não invasivas, outra alternativa promissora é a drenagem percutânea, mas pouco se sabe sobre o melhor método de descompressão, tempo de realização e técnica a ser utilizada. Na demonstração de resultados, as evidências mostram que a descompressão precoce da SCA na PAG está associada a menor mortalidade. Sem dúvida a descompressão cirúrgica é eficaz na diminuição da PIA e melhora das funções respiratória e renal em mais da metade dos pacientes, entretanto, o abdome aberto em pacientes com PAG está associado a morbidade significativa, alta taxa de reoperação, fistula intestinal e baixa taxa de fechamento fascial primário. Entre os pacientes com PAG, aqueles com FMO e SCA precoces parecem ser bons candidatos para descompressão cirúrgica.

Palavras-chave: sindrome compartimental abdominal ; pancreatite aguda grave; descompressão cirúrgica

ID: 112548

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Caio Cezar Esqueapatti Sandrin / Sandrin, C. C. E. / HSPE-IAMSPE/SP; Rebecca Marian Monteiro Correia Samaan / Samaan, R. M. M. C. / HSPE-IAMSPE/SP; Vinicius Grigolli / Grigolli, V. / HSPE-IAMSPE/SP; Joao Estevam da Rocha Fonseca Neto / Neto, J. E. R. F. / HSPE-IAMSPE/SP; Jose Francisco de Mattos Farah / Farah, J. F. M. / HSPE-IAMSPE/SP;

Título: TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN THE PANDEMIC OF COVID-19: AN OBSERVATIONAL RETROSPECTIVE STUDY

Objectives For 90 days we compiled all cases of acute cholecystitis treated by guideline recommended prior to the pandemic. Our objective is evaluate whether during a pandemic of coronavirus-2 the surgical approach should be maintained not leading to an increase in the patient's contamination during hospitalization. Methods All patients diagnosed with AC from March 16th to June 18th, 2020 admitted to the Servidor Público Estadual Hospital in São Paulo, Brazil were retrospectively evaluated. They were screened by questionnaire and thorax computerized tomography. Anyone with clinical or radiological suspected SARS-COV2 infection was excluded. Tokyo Guidelines 18 and Charlson Comorbidity Index were used for severity and morbidity. Therefore, it was possible to select the treatment based on our local guidelines (Prospective Tailored Approach for Acute Cholecystitis). Results Of the total of 57 patients, 38 (66.6%) were female, mean age was 58.0 (28 to 84) years old. Fifty-two (91.2%) patients underwent laparoscopic cholecystectomy; 1(1.8%) received exclusive clinical treatment with favorable outcome; 4 (7.0%) underwent percutaneous cholecystostomy. There was one case of conversion (1.7%). No injury to the common bile duct or death was observed in any cases. The length of stay ranged from 2 to 10 days (mean 3.01 days). None of the patients presented symptoms suggestive of COVID-19 during postoperative follow-up. Conclusion It□s possible to recommend laparoscopic cholecystectomy as a first-line treatment for acute cholecystitis during pandemic. We observed a short length of stay, low rate of surgical conversion and lesions of the common bile duct, and no cases of coronavirus-2 infection after hospital discharge. Table 1. Demographics of assessed patient SEX NUMBER OF PATIENTS (%) MALE 19 (33.4) FEMALE 38 (66.6) AGE NUMBER OF PATIENTS (%) □ 64 40 (70.3) 65 - 79 14 (24.5) □ 80 3 (5.2) SEVERITY NUMBER OF PATIENTS (%) Tokyo 1 27 (47.3) Tokyo 2 28 (49.1) Tokyo 3 2 (3.6) CHARLSON COMORBIDITY INDEX NUMBER OF PATIENTS (%) 1 - 3 50 (87.7) 4 4 (7.0) □ 5 3 (5.3) TOTAL 57 (100)

Palavras-chave: Colecistite aguda; Pandemia; Laparoscopia

ID: 113485

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Julia Juncal Piñero Amorim / Amorim, JJP / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Marcos Vinicius de Souza Sales / Sales, M. V. S / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Ana Flávia Barbosa de Castro / Castro A. F. B. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR)Pública; Leonardo Batista Dourado / DOURADO, L. B. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Luiza Fonseca Morais Soares / Soares, L.F.M. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Lucas Moreira Leite Leal / Leal, L. M. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Rafael Rocha Tourinho Barbosa / Tourinho-Barbosa, R. E. / Hospital Cardiopulmonar (HCP); Lucas Teixeirae Aguiar Batista / Batista, L. T. / Hospital Cardiopulmonar (HCP);

Título: ACURÁCIA DIAGNÓSTICA DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA ASSOCIADA COM O USO DE BIÓPSIA GUIADA POR ULTRASSONOGRAFIA TRANSRETAL NO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Objetivo: O câncer de próstata (CaP) é o câncer não cutâneo mais comum e a segunda principal causa de mortes por câncer em homens. Os pacientes com suspeita de CaP costumam apresentar alterações no PSA e no exame de toque retal, sendo posteriormente encaminhados para biópsia de próstata por ultrassonografia Transretal (TRUS). Todavia, esse método demonstra altas taxas de diagnóstico de câncer clinicamente insignificante e erro de estadiamento do CaP clinicamente significante (CaPcs). A partir disso, faz-se importante avaliar a utilização da Ressonância Magnética Multiparamétrica (RM-MP) como método alternativo para suspeição de CaPcs. Assim, esse estudo busca avaliar a acurácia da RNM-MP de próstata para o diagnóstico de câncer de próstata clinicamente significativo associada a biópsia de próstata guiada por TRUS. Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática, utilizando as bases de dados MEDLINE/PubMed, CENTRAL, Scielo e EMBASE. Foram incluídos estudos sobre acurácia diagnóstica nas línguas inglesa, portuguesa ou espanhola, que contemplam pacientes do sexo masculino, com idade superior a 18 anos e diagnóstico do câncer de próstata clinicamente significativo confirmado pelos métodos de RNM-MP ou TRUS. Foram utilizados Estudos que forneciam dados de acurácia diagnóstica para câncer de próstata do método de RM-MP. Para análise da qualidade metodológica e risco de viés dos artigos selecionados, foram utilizados, respectivamente, o checklist STARD e a ferramenta QUADAS-2. Resultados: Três artigos, com um total de 1.668 participantes, foram elegíveis para essa revisão, sendo uma série de casos, uma coorte prospectiva e um estudo prospectivo observacional. Para o CaPcs, a RNM-MP demonstrou uma variação de Sensibilidade de 78.6 a 100%; Especificidade 41 a 83.6%; VPN de 85.1 a 100% e VPP com variação de 34.1 a 55% Conclusão: A RNM-MP apresenta alta sensibilidade, logo pode ser utilizada como forma para detecção de lesões suspeitas de malignidade do câncer de próstata, para posterior encaminhamento do paciente para biópsia.

Palavras-chave: Câncer de Próstata; Ressonância Magnética Multiparamétrica; Ultrassonografia Transretal

ID: 113132

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Iasmin Gondim Do Nascimento Aires / Aires, I.G.N / Centro Universitário UNIFACISA; Vitória Ellen de Assis Ramos Andrade / Andrade, V.E.A.R / Centro Universitário UNIFACISA; Evilyn Almeida Barros de Araujo / Araujo, E.B.A / Centro Universitário UNIPE; Maria Luísa Lima Lisboa / Lisboa, M.L.L / Centro Universitário UNIFACISA; Gabriela Braga Santos / Santos, G.B. / Centro Universitário UNIFACISA; Gabriela Bezerra Loureiro / Loureiro, G.B / Centro Universitário UNIPE; Sabrina de Figueiredo Ramalho / Ramalho, S.F. / Centro Universitário UNIPE; Arlindo Monteiro de Carvalho Junior / Carvalho Jr, A.M.C / Universidade Federal da Paraiba;

Título: COVID-19 E O IMPACTO NAS ADMISSÕES HOSPITALARES POR HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA NO SUS EM NÍVEL DE BRASIL, NORDESTE E DO ESTADO DA PARAÍBA

Objetivo: A hiperplasia prostática benigna (HPB) é um problema comum do envelhecimento masculino, com diagnóstico e manejo, majoritariamente, ambulatoriais. No contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil, onde foram adotadas medidas de isolamento social, tanto a disponibilidade de consultas eletivas quanto a procura dos pacientes pelo atendimento sofreram impacto que pode ter gerado cenário de progressão e atraso no tratamento de tal patologia. O presente estudo nutre por objetivo avaliar se o número de admissões hospitalares para o tratamento de HPB sofreu algum impacto durante o ano de 2020, devido à primeira onda da pandemia de COVID-19, tanto na esfera nacional, quanto na região Nordeste (NE) e Estado da Paraíba (PB). Método: Para o levantamento de dados epidemiológicos, foi utilizada a plataforma DATA-SUS, do Ministério da Saúde do Brasil, onde foram pesquisados os números referentes à quantidade de admissões hospitalares sob diagnóstico de Hiperplasia Prostática Benigna, no período que compreende janeiro de 2017 a dezembro de 2020, avaliando-se as taxas em nível de Brasil, NE e PB. Resultados: Demonstrou-se que a média de internações por HPB, no período de 2017 a 2019, foi de 19.648 casos/ano no Brasil; 4.848,7 casos/ano no NE e 228,7 casos/ano na PB, baixando em 2020, ano da pandemia, para 12.364 (Brasil), 3.169 (NE) e 87 (PB), o que representa uma queda de, respectivamente, 37%, 34,6% e 61,9%. Conclusões: Os dados evidenciam que a pandemia do COVID-19 repercutiu negativamente e de forma importante, no número de atendimentos hospitalares por HPB, tanto em nível nacional, quanto para a região Nordeste e, principalmente, para o estado da Paraíba, bem mais impactado. A queda de internações para tratamento da HPB gera maior demanda por procedimentos de alívio, como a sondagem vesical e, consequentemente, aumento na fila de pacientes sondados à espera do manejo cirúrgico adequado e definitivo, no cenário pós pandêmico.

Palavras-chave: HPB; Pandemia; Covid-19

ID: 113016

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Bruno Cesar Gomes Buranello / Buranello, B. C .G. / UEM ; Ariana Ieda Lima Ferreira da Silva / Silva, A. I. L. F. / UEM; Estevão Araújo Epifânio / Epifânio, E. A. / UEM; Matheus França de Oliveira / Oliveira, M. F. / UEM; Erik Friedrich Alex de Souza / FRIEDRICH, E. F. A. / UEM; Orlando Ribeiro Prado Filho / Filho, O. R. P. / UEM; Pedro Henrique Iora / Iora, P. H. / UEM;

Título: ANÁLISE TEMPORO-ESPACIAL DAS VIDEOCOLECISTECTOMIAS REALIZADAS NO BRASIL E NA REGIONAL DE SAÚDE DE MARINGÁ NO PERÍODO DE 2015 A 2019

A colecistite aguda é uma patologia inflamatória da vesícula biliar, configurando uma das afecções mais comuns do trato digestivo, sendo mais prevalente especialmente em mulheres próximas aos 40 anos, mas podendo acometer todas as idades e gêneros. A causa mais comum da inflamação da vesícula biliar é a litíase biliar ou colelitíase, causada pelo desbalanço de solubilidade dos componentes biliares na vesícula. A terapêutica cirúrgica das colecistites, precoce ou tardia, permanece o tratamento padrão e múltiplas abordagens operatórias foram propostas ao longo da história da medicina. A abordagem videolaparoscópica, atualmente, ganha espaço como a melhor opção para casos selecionados do acometimento. O presente estudo visa analisar a evolução e distribuição das cirurgias videolaparoscópicas em detrimento do procedimento laparotômico no Brasil e posteriormente na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, que compreende o município de Maringá. Objetiva-se avaliar locais de baixa prevalência e acessibilidade aos procedimentos videolaparoscópicos, os custos para o Sistema Único de Saúde das duas abordagens cirúrgicas, a evolução da fronteira videolaparoscópica no estado entre outros aspectos temporais e espaciais relacionados. Observou-se maiores mortalidades e maior tempo de internação para as laparotomias em relação às laparoscopias a nível nacional e estadual. Na 15ª Regional, a sobrevida não teve diferença significativa e o tempo de internação foi superior para as laparoscopias em relação às laparotomias. A relação de procedimentos video/total foi maior próxima a algumas capitais e regiões metropolitanas, com valores insignificantes nas regiões interioranas dos estados. Esse padrão é observado em estados de alta densidade demográfica, enquanto nos estados de baixa densidade, mesmo nas capitais, a relação de procedimentos permanece persistentemente baixa ao longo dos anos. Este trabalho demonstra os benefícios da laparoscopia em critérios de sobrevida e tempo de internamento e expõe a importante lacuna de baixa acessibilidade ao procedimento videolaparoscópico mesmo em regiões populosas de estados, lacuna essa que permanece inalterada ao longo dos anos apesar dos avanços na área videocirurgica.

Palavras-chave: Colecistite aguda; Laparoscopia ; Análise espacial

ID: 113530

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Samuel Roque Alves / Alves, S. R. / UNIFESP; Amanda Fáris Marques / Marques, A. F. / UNIFESP; Bianca Nunes de Almeida / Almeida, B. N. / UNIFESP; Diego Adão Fanti Silva / Silva, D. A. F. / UNIFESP;

Título: COLANGITE AGUDA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E APLICABILIDADE DAS DIRETRIZES TOKYO 2018 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO QUATERNÁRIO DE SÃO PAULO

OBJETIVO: colangite aguda (CA) decorre de uma obstrução da via biliar, seja por causa benigna ou maligna, resultando em um processo inflamatório-infeccioso que pode acometer órgãos e sistemas de forma catastrófica. Anualmente, estima-se uma mortalidade global de até 10% por CA, sendo a principal etiologia o cálculo biliar. O objetivo deste estudo é analisar o perfil epidemiológico e avaliar a aplicabilidade das diretrizes de Tokyo de 2018 nos casos de colangite aguda atendidos no pronto socorro de um hospital quaternário da cidade de São Paulo. MÉTODO: trata-se de um estudo observacional, descritivo e longitudinal que se baseou na coleta de dados de prontuário de todos os pacientes atendidos pela equipe de cirurgia geral do Hospital São Paulo no período de janeiro de 2021 a maio de 2022, com o diagnóstico de CA, conforme as diretrizes de Tokyo 2018. O estudo está em conformidade com SCARE Guideline 2020. RESULTADOS: ao todo foram identificados 144 pacientes no período analisado, a idade média foi de 51 anos, com a mesma frequência entre ambos os sexos (50%). Etiologicamente, 58% das colangite foram de origem neoplásica; 25% de origem litiásica, e até um terço dos casos foram causados por obstrução de próteses ou drenos previamente colocados em via biliar. A média de tempo de internação hospitalar foi de 11,2 dias. Os pacientes foram estratificados conforme as diretrizes Tokyo de 2018 em 3 graduações: 84 (58%) grau I, 24 (16%) grau II e 36 (25%) grau III. Para os pacientes classificados como grau I, a média de tempo entre admissão e drenagem de via biliar foi de 245 horas; nos pacientes grau II, este tempo foi de 31,6 horas, e para o grau III, de 11 horas. Quanto ao tratamento inicial, 48 (33%) pacientes foram submetidos à drenagem por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), 60 (41,6%) à drenagem por radiointervenção e 12 (8,3%) à drenagem aberta. Os pacientes foram submetidos a uma média de 8,9 dias de antibioticoterapia. Não foram evidenciadas complicações pós-procedimento desobstrutivo na amostra do estudo. Um terço dos pacientes necessitou de recuperação em unidade de terapia intensiva e apenas 12 (8,3%) pacientes evoluíram a óbito. CONCLUSÕES: segundo o estudo, pode-se notar uma semelhança estrutural entre a amostra estudada e a observada na literatura, confirmando a tendência mundial quanto ao diagnóstico clínico-epidemiológico. Notou-se, entretanto, uma maior prevalência das etiologias neoplásicas, o que pode ser explicado por um viés de seleção, tendo em vista a maior complexidade do nosso serviço. O estudo mostrou, ainda, a reprodutibilidade das diretrizes de Tokyo 2018, levando em conta o tratamento e o intervalo de tempo sugeridos para cada classificação de gravidade.

Palavras-chave: Colangite Aguda; Epidemiologia; Drenagem de Vias Biliares

ID: 113862

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Luciana Almeida Rodrigues / Luciana, A. R. / UNISA; Horácio Teixeira Rodrigues / Horácio, T. R. / Universidade Nove de Julho; Catarina Micheletti Lopes / Catarina, M. L. / UNISA; Eric Shigueo Bonissenha Kunizaki / Eric, S. B. K. / UNISA; Bernardo Mazzini Ketzer / Bernardo, M. K. / UNISA; Elias J. Ilias / Elias, J. I. / UNISA; Mauricio Alves Ribeiro / Mauricio, A. R. / FCMSCSP;

Título: CONDIÇÕES ESPECIAIS E COLECISTECTOMIA SITUS INVERSUS TOTALIS SÉRIE DE CASOS EM DUAS INSTITUIÇÕES.

A colecistectomia sem dúvida é um dos tratamentos cirúrgicos mais realizados atualmente. As variações anatômicas da via biliar são complexas e trabalhos mostram que esta presente em até 30% dos casos. O Situs inversus totalis (SIT) é anomalia congênita rara com predisposição genética autossômica recessiva em que a anomalia é uma imagem espelhada perfeita das posições fisiológicas normais dos órgãos viscerais com preservação das relações anteroposteriores. Algumas condições parecem dificultar a realização da colecistectomia como obesidade, síndrome de Mirizzi, cirrose hepática e mais raramente, o SIT. Existem poucos dados sobre a colecistectomia em situs inversus totalis, sendo a grande maioria relatos de casos. Apresentamos uma análise retrospectiva de 4 doentes submetidos a colecistectomia por colelitíase em duas instituições publicas de São Paulo, sendo um hospital secundário e um hospital universitário, no período de 2019-2020, com os dados coletados no prontuário e protocolo consistindo no preenchimento destes em uma planilha. Quatro pacientes, sendo 50% do sexo feminino, média de idade de 41 anos (23-59), foram submetidos colecistectomias, sendo 3 por laparoscopia e uma por laparotomia (devido o SIT). Os pacientes submetidos a laparoscopia tiveram seus trocartes passados em espelho do lado esquerdo nas posições habituais e o outro por incisão subcostal esquerda. Não houve complicações intraoperatórias e nem pós-operatórias. Apesar de poucos estudos analisando essa condição, baseado em nossos casos acreditamos que a colecistectomia videolaparoscópica deva ser sempre a via de abordagem inicial destes pacientes.

Palavras-chave: Colecistectomia; Situs Inversus; Laparoscopia

ID: 113573

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Eduardo Cattapan Piovesan / Piovesan, E. C. / Universidade de Passo Fundo; Bruna Zanatta de Freitas / Freitas, B. Z. / Universidade de Passo Fundo; Francisco Costa Beber Lemanski / Lemanski, F. C. B / Universidade de Passo Fundo; Pietra Bravo Araujo / Araujo, P. B. / Universidade de Passo Fundo; Larissa Roberta Negrão / Negrão, L. R. / Universidade de Passo Fundo; Mateus Eduardo Giovelli / Giovelli, M. E. / Universidade de Passo Fundo; Fabricio Perin Costa / Costa, F. P. / Universidade de Passo Fundo; Paulo Roberto Reichert / Reichert, P. R. / Universidade de Passo Fundo;

Título: EPIDEMIOLOGIA ACERCA DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR COLELITÍASE E COLECISTITE NO BRASIL DE 2010 A 2021

Objetivo: Compreende-se por colelitíase o processo de formação de cálculos biliares, sendo a colecistite a complicação mais prevalente dessa patologia, por tratar-se da inflamação aguda da vesícula biliar. O objetivo do presente trabalho busca analisar os dados epidemiológicos acerca do número de internações dessas afecções, haja vista a alta incidência, bem como a carência de dados brasileiros. Método: Estudo descritivo e retrospectivo sobre o número de internações por colelitíase e colecistite no Brasil nos anos de 2010 a 2021. Os dados foram obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). As variáveis utilizadas foram internações, unidade de federação, sexo, faixa etária, raça, média de permanência, óbitos e taxa de mortalidade. Não foi necessário aprovação do Comitê de Ética, pois trata-se de um estudo de banco de dados público. Resultado: Constatou-se, no Brasil, um total de 2.891.494 internações por colelitíase e colecistite no período analisado. As regiões com maiores números de internações foram as regiões Sudeste (39,67%) e Nordeste (24,68%). A região Norte apresentou o menor número de internações, com 7,97%. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram 19% e 8,67%, respectivamente. Do total de internações, houve uma predominância entre o sexo feminino: 76,97% eram do sexo feminino (2.225.533 internações) e 23% do sexo masculino (665.961 internações). A faixa etária com maior número de internações foi de 40 a 49 anos de idade, representando 20% das internações; em seguida, 30 a 39 anos (19,56%) e 50 a 59 anos (19,42%). As faixas etárias com menores números de internações foram indivíduos acima de 70 anos (10,44%) e abaixo de 20 anos (3,27%). Ademais, indivíduos de 60 a 69 anos e 20 a 29 anos representaram 14,48% e 12,76%, respectivamente. Em relação a raça, as internações predominaram em indivíduos de raça branca (36%) em relação a parda (33,36%) e a negra (3%). A média de permanência hospitalar geral foi de 3,5 dias, alcançando a maior incidência na região Norte com 4 dias e a menor incidência na região Nordeste com 3,4 dias. A região Sudeste apresentou uma média de 3,6 dias, já as regiões Sul e Centro-Oeste de 3,5 dias. O número total de óbitos por colelitíase e colecistite em ambiente hospitalar foi de 24.769 nos últimos 11 anos, registrando sua máxima na região Sudeste (44%), seguida pelas regiões Nordeste (22,86%) e Sul (18,93%). As regiões Centro-Oeste e Norte representaram as mínimas com 7,47% e 6,29%, respectivamente. Ademais, a Taxa de Mortalidade no período analisado foi de 0,86%. Conclusão: No Brasil, de 2010 a 2021, a colelitíase e a colecistite foram responsáveis por 2.891.494. A região Sudeste apresentou o maior número de internações e óbitos, em contrapartida a maior média de permanência hospitalar foi na região Norte. Pacientes do sexo feminino, de raça branca e a partir de 40 anos foram os mais acometidos, indo de encontro com as estatísticas mundiais

Palavras-chave: Colelitíase; Colecistite; Epidemiologia

ID: 113515

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Francisco Loes / LOES, F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Hamilton Cardoso Hilgert / HILGER, H. C. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Mauricio Guagnini Boldo / BOLDO, M. G. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Claudio Webber Silveira Alba / ALBA, C. W. S. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Bruna Araujo / ARAUJO, B. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC;

Título: FISTULA COLECISTOCUTANEA ESPONTÂNEA: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA (FLEGMÃO DE JEAN-LOUIS-PETIT)

INTRODUÇÃO Fístulas biliares podem ser internas ou externas. Fístula colecistocutânea espontânea hoje é entidade desconhecida pelos jovens cirurgiões. Explicado pelos avanços da medicina (desenvolvimento de antibioticoterapia, cirurgia videolaparoscópica e procedimentos diagnósticos acessíveis como ultrassonografia) [1]. Relatamos caso de fístula espontânea em paciente morador de zona rural encaminhado por suspeita de neoplasia hepática. RELATO DE CASO Masculino, 78 anos, procedente de zona rural, nunca havia consultado com médico. Negava comorbidades, sem cirurgias prévias, sem uso de medicações. Há 4 anos tinha drenagem fétida por orifício em linha axilar anterior proximal a 12ª costela direita. Foi encaminhado por clínico geral após USG externa identificando tumoração hepática. Na chegada tinha desconforto em HD, dois orifícios de drenagem turva fétida, em mínima quantidade e com hiperemia da pele, sem outras queixas. Exames laboratoriais: PCR 1,7 (VR <5),albumina 3,97, Hb 11 e leucócitos 5730 sem desvio. Realizou RNM: Vesícula biliar com paredes irregulares e espessadas, contendo cálculos que medem até 1,7cm. Observam-se áreas de descontinuidade parietal na vesícula, que se comunica com pequenas coleções adjacentes localizadas na parede abdominal no hipocôndrio direito. Realizada antibioticoterapia e colecistectomia videolaparoscópica. Inserido trocar supraumbilical para ótica, epigástrico e subcostal direito. Optado por abordar infundíbulo antes da liberação da fístula entre vesícula e parede abdominal, permitindo realização da cirurgia sem colocação de trocar adicional para pinça de tração no fundo da vesícula. Posterior a liberação do infundíbulo foi realizada liberação de trajeto fistuloso. Retirada vesícula dentro de capa protetora por portal umbilical. Trajeto da fístula foi curetado e paciente teve resolução do quadro sem necessidade de ressecção de pele ao redor da fístula. Boa evolução com alta hospitalar no 3º dia pós operatório. Anatomopatológico: colecistite crônica com áreas de fibrose da parede. DISCUSSÃO Fístula biliar externa é entidade associada a colecistite crônica cada vez menos frequente. Alguns paciente podem apresentar abscesso em parede abdominal, descrito pelo cirurgião francês Jean-Louis Petit (Flegmão de Jean-Louis-Petit)[3]. O procedimento de colecistectomia pode ser realizado por via videolaparoscópica[2] de forma segura respeitando dissecção adequada, reconhecimento de estruturas e realização da Visão Crítica de Segurança (VCS) proposta por Strasberg4, além de baixo limiar para conversão. Além disso, propomos que a realização de abordagem da região do infundíbulo com clipagem de ducto e artéria cística ANTES de liberação da aderência entre vesícula e parede abdominal FACILITA o procedimento, a própria fístula faz tração e elevação da vesícula. Nosso caso apresenta a utilização da laparoscopia para uma entidade hoje em desaparecimento e relembra a necessidade de incluir colecistopatias no diagnóstico de abdome agudo.

Palavras-chave: fístula biliar; fístula colecistocutânea; Flegmão de Jean-Louis-Petit

ID: 113582

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Antonio Massayuki Wakasugui Sobrinho / WAKASUGUI SOBRINHO, A. M. / UFMT; Thainara Missassi Heller / Heller, T. M. / UFMT; Bruna Luiza Ribeiro Souto / SOUTO, B. L. R. / UFMT; Ricardo Budtinger Filho / FILHO, R. B. / UFMT; Bianca Martinez Lellis / LÉLLIS, B. M. / HOSPITAL DE CANCER DE MATO GROSSO; João Felipe Federici de Almeida / ALMEIDA, J. F. F. / UNICAMP; Carlos Henrique Arruda Salles / SALLES, CHA / HUJM-EBSERH/UFMT;

Título: LESÃO IATROGÊNICA DA VIA BILIAR: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, CAUSAS, APRESENTAÇÃO CLÍNICA, MODALIDADES TERAPÊUTICAS E DESFECHOS NOS PACIENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PEQUENO PORTE NO PERÍODO DE 2016 A 2021.

OBJETIVO: O objetivo do presente estudo é demonstrar dados referentes aos pacientes com complicações relacionados a lesões iatrogênicas da via biliar, estabelecendo informações epidemiológicas, principais causas, apresentação clínica mais frequente, classificação da lesão, modalidades diagnósticas, possibilidades terapêuticas e desfechos para o melhor manejo de tais enfermos. MÉTODOS: Foram analisados retrospectivamente, 6 pacientes que apresentaram lesão iatrogênica de via biliar e foram submetidos a correção no hospital Universitário Júlio Muller (HUJM) durante cinco anos (2016 a 2021). RESULTADOS: Três pacientes eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com média de idade de 47,8 anos. A cirurgia de colecistectomia aberta representou 33,3 % dos pacientes enquanto a via laparoscópica 66,6 %. Os sinais, sintomas mais frequentes e outros diagnósticos associados foram dor abdominal (100 %), icterícia (84,4 %), colangite (50%), colúria e distensão abdominal (33,3 %), perda ponderal e pancreatite (16,6 %). O diagnostico foi confirmado por colangioressonância (50 %), colangiografia intraoperatória (33,3 %) e ultrassonografia de abdome (16,6 %). Segundo os critérios de Bismuth lesões do tipo I ocorreram em 33,3 % dos casos e tipo II em 66,6 %. O tratamento foi realizado através de hepaticojejunostomia em Y de Roux (66,6 %) e reparo primário da via biliar + dreno de Kehr (33,3 %). Os seis pacientes tiveram complicações pós-operatórias, sendo fístula biliar (83,4 %) a mais prevalente, apenas um paciente (16,6 %) evolui para óbito. CONCLUSÃO: A prevenção das lesões iatrogênicas da via biliar deve ser a principal preocupação do cirurgião que realiza uma colecistoctomia seja aberta ou laparoscópica, por apresentarem altos índices de complicações e piora da qualidade de vida dos pacientes. O prognóstico está diretamente relacionado às condições subjacentes do paciente, assim como ao tempo decorrido entre a lesão e sua identificação e tratamento. Sendo assim, as lesões devem ser tratadas em centros especializados e capacitados para recuperação da via biliar.

Palavras-chave: Ductos biliares; colecistectomia; complicações pós-operatórias

ID: 113510

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Cirênio de Almeida Barbosa / Barbosa, C.A. / Universidade Federal de Ouro preto; Débora Helena da Cunha / Cunha,D.H. / Faculdade de Minas; Deborah de Oliveira Campos / Campos,D.O. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto; Ana Luiza Marques Felício de Oliveira / Oliveira, A.M. / Universidade Federal de Ouro Preto; Adéblio José da Cunha / Cunha, A.J. / Hospital São Lucas; Tuian Cerqueira Santiago / Santiago, T.C. / Universidade Federal de Ouro Preto; Marlucia Marques Fernandes / Fernandes, M.M. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto; Thais Rocha / Rocha, T. / Hospital das clínicas;

Título: PEDÍCULO BILIAR DIFÍCIL: PREVENÇÃO DE LESÕES COM IDENTIFICAÇÃO DO SINAL DO TINOCO

Objetivo: O presente trabalho visa mostrar a importância da prevenção das lesões do ducto hepático pela identificação do hepatocístico e do sinal de Tinoco.Os ductos biliares extra-hepáticos constituem um local anatômico de grande importância para a prática médica, onde os cirurgiões frequentemente atuam Métodos: Foi realizado uma pesquisa em diversas bases de dados, tais como Pubmed, LILACS, Scielo e UpToDate, com os seguintes descritores vias biliares, videolaparoscopia, anatomia onde foram encontrados 64 resultados publicados nos últimos 5 anos.. Resultados: Dos 47 casos estudados observou-se que a junção hepato-cística (94%) se dava a uma distância de 2,92 ± 1,07 cm em relação ao hilo hepático, com distância mínima de 0,5 cm e máxima de 5 cm. Em 3 casos (6%), a junção entre os ductos cístico e hepático comum se fez distalmente ao nível da ampola hepatopancreática. Em relação às estruturas encontradas no trígono cisto hepático, observou-se que a artéria cística esteve presente em 56% dos casos, sendo que em 30% esse vaso foi a única estrutura presente no trígono; em 14% dos casos esse mesmo trígono era ocupado pela artéria cística mais veia porta e artéria hepática direita; em 8% dos casos, artéria cística mais artéria hepática direita. Em 2% dos casos, artéria cística mais veia porta. Discussão: A identificação do ventre hepático através do trígono hepato-cistico caracteriza o chamado Sinal de Tinoco.Para melhor visualização é necessário que o cirurgião tenha um comprometimento em dissecar com benevolência o trígono com a finalidade de expor bem o segmento hepático posterior. No trígono cisto hepático observamos que os elementos mais frequentes foram a artéria cística (56%), a veia porta (36%) e a artéria hepática direita (34%). Segundo a literatura estudada há frequência de 90% para a artéria cística e 82% para a artéria hepática direita. Não há registros na literatura da freqüência dos demais elementos, apenas o relato de que ductos acessórios e aberrantes também podem ser vistos neste trígono. Estas estruturas, não identificadas, podem levar a lesões graves nas cirurgias de colecistectomia.As variações nos ductos hepáticos incluem a presença de ductos acessórios, notáveis pela comunicação de segmentos hepáticos com o trato biliar extra-hepático. Ductos aberrantes que comunicam o lobo hepático direito diretamente com a vesícula biliar também foram descritos (Foster & Wayson, 1962; Lamah et al., 2001; Cavalcanti et al.) O ducto cístico tem três variações comuns: a) inserção no terço distal do ducto hepático comum (9%); b) inserção medial pelo lado esquerdo do ducto hepático comum (10-17%); c) trajeto paralelo ao ducto hepático comum estendendo-se por 2 cm ou mais (1,5%-25%) .Conclusão: Para evitar lesões do ducto hepático o cirurgião deve ter um bom conhecimento de anatomia e ter habilidade ao operar, evitando lesões. A identificação do trígono hepatocístico é de suma importância, pois evita lesões que podem levar o paciente ao óbito.

Palavras-chave: Sinal de tinoco; Pedículo biliar; Lesões

ID: 113452

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Carolina Bueno Luzardo / Luzardo, C.B. / Universidade Luterana do Brasil; João Pedro Silva dos Santos / Santos, J.P.S.D. / Universidade Luterana do Brasil; Alberto Roloff Krüger / Kruger, A.K. / Universidade Luterana do Brasil; Eduardo Beltrame Martini / Martini, E.B. / Universidade Luterana do Brasil; Ana Paula Poleto / Poleto, A.P. / Universidade Luterana do Brasil; Vitória Bonzanini Bernardi / Bernardi, V. B. / Universidade Luterana do Brasil; Eduardo Hubner de Souza / Souza, E. H. / Universidade Luterana do Brasil;

Título: PREVALÊNCIA DA COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA NO BRASIL ENTRE 2018 E 2021

Objetivo: Realizar uma análise quantitativa de realização do procedimento de Colecistectomia por Videolaparoscopia mensalmente em diversas regiões do Brasil. Contudo, os resultados apresentados no decorrer do trabalho apresentam-se em caráter extraordinário, haja vista que o período de coleta foi permeado pela pandemia da Sars-CoV-2 a qual permitiu que os setores de cirurgia realizassem o procedimento supracitado apenas no formato de urgência, tornando os procedimentos eletivos uma exceção. Dessa forma, consegue-se analisar estatisticamente o período prévio à pandemia e no decorrer da mesma. Método: Realizou-se um estudo epidemiológico transversal quantitativo, utilizando a base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Coletou-se os dados de janeiro de 2018 a dezembro de 2021, a partir da filtração de variáveis de AIH aprovadas, colecistectomias videolaparoscópicas, mês e ano de processamento, região brasileira e caráter de atendimento. Resultados: Entre janeiro de 2018 a dezembro de 2021 houve um total de 301.344 colecistectomias videolaparoscópicas. Em relação à região brasileira, 6.036 na Região Norte, 56.358 na Região Nordeste, 156.439 na Região Sudeste, 63.272 na Região Sul, 19.239 na Região Centro-Oeste. Em relação ao ano, 84.781 realizadas em 2018, delas 6.627 realizadas no mês de janeiro, 6.039 em fevereiro, 6.828 em março, 6.919 em abril, 6.767 em maio, 6.679 em junho, 7.054 em julho, 7.584 em agosto, 7.684 em setembro, 7.878 em outubro, 7.591 em novembro, 7.131 em dezembro. Em 2019 foram realizadas 93.732, sendo 6.487 em janeiro, 7.111 em fevereiro, 7.357 em março, 7.769 em abril, 8.074 em maio, 7.843 junho, 8.327 em julho, 8.662 em agosto, 7.969 em setembro, 8.717 em outubro, 8.150 em novembro e 7.266 em dezembro. Em 2020 foram realizadas 58.544, sendo 7.469 em janeiro, 7.192 em fevereiro, 6.454 em março, 2.668 em abril, 2.639 em maio, 2.676 em junho, 2.741 em julho, 3.686 em agosto, 4.720 em setembro, 6.107 em outubro, 6.392 em novembro, 5.800 em dezembro. Em 2021 foram realizadas 64.287, sendo 4.887 em janeiro, 5.224 em fevereiro, 4.022 em março, 2.936 em abril, 3.325 em maio, 3.970 em junho, 4.767 em julho, 5.827 em agosto, 6.661 em setembro, 7.100 em outubro, 7.657 em novembro e 7.911 em dezembro. Em relação ao caráter de atendimento, 207.973 foram eletivas e 93.369 de urgência. Conclusões: Nesse contexto, nota-se que mais da metade das 301.344 colecistectomias videolaparoscópicas foram realizadas na região Sudeste, com um total de 156.439 procedimentos. Ademais, houve uma prevalência das cirurgias eletivas em relação às urgências médicas. Contudo, há uma clara redução no número de operações no Brasil ao longo dos últimos dois anos analisados, representando uma queda de aproximadamente 38%. Em especial, um acentuado declínio nos meses correspondentes aos aumentos das médias móveis de casos de covid 19, o que pode ser mais um fator corroborativo para justificar tamanha redução nesses números.

Palavras-chave: colecistectomia; estudos transversais; covid-19

ID: 113334

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Artigo original)

Autores: Cirênio de Almeida Barbosa / Barbosa, C.A. / Universidade Federal de Ouro preto; Débora Helena da Cunha / Cunha,D.H. / Faculdade de Minas; Deborah de Oliveira Campos / Campos,D.O. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto; Ana Luiza Marques Felício de Oliveira / Oliveira, A.M. / Universidade Federal de Ouro Preto; João Marcelo Guimarães de Abreu / Abreu, J.G. / Faculdade de Minas; Tuian Santiago Cerqueira / Santiago, T.C. / Faculdade de Minas; Adéblio José da Cunha / Cunha,A.J.. / Hospital São Lucas;

Título: TRATAMENTO DO CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Objetivos: Este trabalho pretende evidenciar aspectos epidemiológicos, clínicos, fatores de risco, diagnósticos e tratamentos relacionados ao carcinoma de vesícula biliar. Método: Trata-se de uma revisão de literatura a respeito de umas das neoplasias mais comuns do trato gastrointestinal, o câncer de vesícula biliar, feito a partir da base de dados eletrônicos coletados do PubMed, LILACS, Portal Regional da BVS e Cochrane Library. Para isso, foram utilizados 10 artigos dos últimos 5 anos e utilizado os seguientes descritores vesícula, carcinoma, tratamento. Resultados: Sabe-se que a maioria dos diagnósticos do carcinoma de vesícula biliar são incidentais, sendo descobertos durante avaliação anatomopatológica de colecistectomia videolaparoscópica. Sua sintomatologia é facilmente confundida com cólica biliar, dificultando ainda mais o diagnóstico. Por essa razão, trata-se de uma doença silenciosa, com um prognóstico desfavorável. Sendo assim, apesar de afetar mais pessoas do sexo feminino, observa-se que há uma mortalidade maior no grupo dos indivíduos do sexo masculino. Alguns estudos demonstraram que a obesidade, os altos índices glicêmicos, o tabagismo, as alterações genéticas e os cistos biliares congênitos são fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento de tal neoplasia, visto que estimulam a formação de cálculos. A colecistolítíase pode, potencialmente, provocar inflamação local e infecção da vesícula biliar em porcelana. O tratamento é realizado pela ressecção cirúrgica e o sucesso da intervenção depende do prognóstico e do estadiamento de cada paciente. Nesse contexto, alguns autores apoiam uma ressecção mais extensa e radical, já que a maioria dos pacientes possui carcinoma invasivo, aliada à quimioterapia adjuvante visando melhor prognóstico e sobrevida do paciente. Outro estudo destaca que, em pacientes diagnosticados com o câncer em T2, tumor que invade a própria camada muscular é recomendada a ressecção hepática, principalmente, quando há invasão tumoral no leito da vesícula biliar, porém essa abordagem não se faz necessária em todos os pacientes. A colecistectomia ampliada é considerada o melhor tratamento para o câncer em T2 e a colecistectomia simples, com dissecção linfonodal regional, é voltada para tratar tumores do lado da serosa. Conclusão: Portanto, o carcinoma de vesícula biliar é uma neoplasia comum do trato gastrointestinal e possui uma alta letalidade. Na maioria dos casos, o diagnóstico é incidental e tardio, sendo os exames de imagem fundamentais para detectar a presença do carcinoma. A intervenção cirúrgica é a melhor opção de tratamento para essa patologia, todavia, como a maioria dos pacientes já apresenta um quadro de tumor invasivo, tem-se, desse modo, um prognóstico ruim e há recidiva da doença.

Palavras-chave: vesícula; carcinoma; tratamento

ID: 113864

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ludmila Corbelli Pereira / PEREIRA, L.C. / CENTRO UNIVERSITÁRIO GOVERNADOR OZANAM COELHO; Marcela Barbosa Pereira Coeli / COELI, M.B.P. / CENTRO UNIVERSITÁRIO GOVERNADOR OZANAM COELHO; Layla Vieira dos Santos / SANTOS, L.V. / CENTRO UNIVERSITÁRIO GOVERNADOR OZANAM COELHO; João Luiz Queiroz Do Nascimento / NASCIMENTO, J.L.Q. / CENTRO UNIVERSITÁRIO GOVERNADOR OZANAM COELHO; Marina Carvalho de Souza Lima / LIMA, M.C.S / HOSPITAL SANTA ISABEL; Luciana Bitencourt Carvalho / CARVALHO, L.B. / HOSPITAL SANTA ISABEL; Hercílio Raimundo dos Anjos Lima / LIMA, H.R.A. / HOSPITAL SANTA ISABEL; Filipe Moreira de Andrade / ANDRADE, F.M. / CENTRO UNIVERSITÁRIO GOVERNADOR OZANAM COELHO;

Título: ABCESSO RETROESOFÁFICO, RETROFARÍNGEO E PARAFARÍNGEO POR PARACOCCIDIOIDOMICOSE EM CRIANÇA DE SETE ANOS: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica causada pelo fungo Paracoccidioides brasiliensis. O objetivo do trabalho é relatar um caso de abcesso retroesofágico, retrofaríngeo e parafaríngeo por PCM em uma criança de sete anos. Dado a baixa prevalência e a diversidade clínica da doença em criança, o presente estudo se faz necessário ao demonstrar acometimento grave nessa faixa etária. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, sete anos, residente em zona rural, procurou atendimento médico por tumefação infra-auricular esquerda há sete dias, de tamanho 2 cm x 2 cm, consistência fibroelástica, não aderida a planos profundos. Não havia sinais flogísticos, frêmito, sopro e pulsação ou infecção de vias aéreas. Prescrito Ibuprofeno por 5 dias. Houve o surgimento de nova tumefação em região cervical anterior direita, prescrito Amoxicilina com Clavulanato por 10 dias. Sem melhora clínica e com discreto emagrecimento dentro de 20 dias, procurou atendimento em unidade hospitalar sendo internada e solicitada ultrassonografia de pescoço que identificou aspecto sugestivo de linfonodomegalia cervical, maior a esquerda, medindo 2,9 x 1,0 cm em região submandibular associada a alterações de subcutâneo. Exames laboratoriais com leucocitose de 16.000 e bastões a 2%, PCR de 48 e Hemoglobina de 9,5. Sorologias para CMV, EBV e HIV negativas. Solicitada tomografia computadorizada (TC) com contraste de região cervical que demonstrou abcesso retroesofágico, retrofaríngeo e parafaríngeo de 5 cm x 7 cm em seu maior diâmetro, além de adenomegalia cervical com linfonodo aderido a veia jugular interna direita. Iniciou-se Ceftriaxona e Metronidazol. Procedeu-se drenagem por via transoral pela equipe otorrinolaringológica. Após 7 dias mantinha quadro febril. Repetiu-se a TC e o abcesso aumentou, se estendendo da vértebra C6 até a base do crânio. Optou-se pela cervicotomia exploradora, com drenagem do abcesso, faringoplastia e a retirada do linfonodo cervical direito para análise histopatológica e culturas. A histopatologia evidenciou célula gigante multinucleada com estruturas leveduriformes em seu interior e brotamentos múltiplos, com o diagnóstico de PCM. Fez uso de Sulfametoxazol-trimetropina por 16 dias e Anfotericina B por 3 dias. Houve retorno da febre e optou-se pela troca do medicamento por Itraconazol 100mg, havendo melhora clínica. Manteve-se estável, obteve alta hospitalar após 38 dias de internação. DISCUSSÃO: Dados da literatura demonstram infecção por PCM nas duas primeiras décadas de vida, com um pico de incidência na segunda década e predomínio do sexo masculino, o que difere do presente estudo o qual apresenta uma criança de 7 anos do sexo feminino. Em crianças e adolescentes, a PCM manifesta-se na forma aguda ou subaguda juvenil, diferindo da apresentação mais comum da doença que é a forma crônica do adulto. A linfadenomegalia é a principal manifestação, podendo supurar ou fistulizar, manifestação essa apresentada pela paciente.

Palavras-chave: PARACOCCIDIOIDOMICOSE; EXCISÃO DE LINFONODO; CRIANÇA

ID: 113424

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Igor José Nogueira Gualberto / GUALBERTO, I. J. N. / FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FOB/USP); João Carlos Leite da Cruz / DA CRUZ, J. C. L. / FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FOB/USP); Gabryel Luz Heinzelmann / HEINZELMANN, G. L. / FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FOB/USP); Tiago Camacho Tavares / TAVARES, T. C. / FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FOB/USP); Ana Flavia de Castro Rocha / ROCHA, A. F. C. / FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FOB/USP); Yasmin Emi Enemu Mino / MINO, Y. E. E. / Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC-USP); Sergio Henrique Kiemle Trindade / TRINDADE, S. H. K. / Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC-USP); Luiz Fernando Manzoni Lourençone / LOURENÇONE, L. F. M. / Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo (HRAC-USP);

Título: ABORDAGEM CIRÚRGICA MINIMAMENTE INVASIVA AO EDEMA DE REINKE

INTRODUÇÃO: O edema de Reinke (ER) é uma doença benigna que afeta a camada superficial da lâmina própria da laringe (espaço de Reinke), a qual se preenche de muco, o que resulta em edema e degeneração polipóide das cordas vocais verdadeiras. A manifestação clínica típica apresenta características clínicas inespecíficas, como disfonia e rouquidão, e este tipo de doença exsudativa de laringe é frequentemente associado a tabagismo crônico. O intuito de se relatar o caso é por esta patologia ter um tratamento multifatorial, tanto pela diminuição de fatores de risco quanto por uma abordagem cirúrgica, a fim de melhorar a qualidade vocal e aumentar a fenda fonatória. CASO: Paciente I.M.R.P, 64 anos, sexo feminino, tabagista com carga de 40 anos-maço, com queixa de disfonia tipo rouquidão e soprosidade da voz há 4 anos, com caráter progressivo, com impacto na qualidade de vida a levando a reclusão social devido estigmas da voz. Em exame de telescopia, evidencia-se pregas vocais móveis e simétricas, com edema superficial composto por aparente conteúdo mucoso de características homogêneas, róseas com congestão vascular e levando a contato nos ⅔ anteriores à manobra de inspiração. Realizado diagnóstico de ER e planejamento pré-operatório com 6 meses de cessação do tabagismo e posterior abordagem cirúrgica. Utilizado técnica de incisão linear a frio em ambas as pregas vocais, drenagem do conteúdo edematoso e preservação da mucosa, recobrindo ao fim os ligamentos e músculos vocais. Em seguimento de 3 meses de pós operatório, paciente com melhora expressiva da qualidade vocal, sem complicações laríngeas como sinéquias, retrações ou assimetrias, além da ausência de nova formação do edema. No pós-operatório, a paciente é orientada a manter hábitos de abstinência tabágica além de seguimento com fonoterapia. DISCUSSÃO: O perfil etiológico de ER é baseado em tabagismo, uso prolongado da voz, refluxo laringofaríngeo e hipotireoidismo. O tabagismo, como no caso da paciente, é o principal causador de ER, haja vista que gera dano endotelial e grau variado de infiltrado inflamatório, o que resulta em aumento da permeabilidade vascular e, consequentemente, em edema exsudativo. Histologicamente, além do espessamento endotelial, há também espessamento da membrana basal das cordas vocais, os quais levam a graus variados de hiperplasia e displasia epitelial. Em relação ao tratamento de ER, o padrão-ouro é o tratamento cirúrgico somado ao cessamento do tabagismo. Dessa maneira, a cirurgia, apesar de invasiva, quando comparada aos outros modelos, apresenta superioridade terapêutica. A importância da discussão desses casos é a necessidade de escolha de técnica cirúrgica que cause o menor dano epitelial com linhas de estudos que busquem a máxima preservação mucosa a fim de reduzir as complicações estruturais no pós operatório; como no caso discutido, a qual foi evidenciada pelo sucesso do tratamento cirúrgico empregado associado à mudança de hábitos de vida.

Palavras-chave: Edema Laríngeo; Otolaringologia; Disfonia

ID: 113407

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Eduarda Gertrudes Silva / Silva, M. E. / Universidade Estadual de Londrina; André Armani / Armani, A. / Universidade Estadual de Londrina; Gustavo Conrado Brassaroto / Brassaroto, G. C. / Universidade Estadual de Londrina; Marco Aurélio Fornazieri / Fornazieri, M. A. / Universidade Estadual de Londrina; Raquel Gonçalves Fujisawa / Fujisawa, R. G. / Universidade Estadual de Londrina; Diego Orlando Fariña Ruiz / Ruiz, D. O. / Universidade Estadual de Londrina; Vinicius Simon Tomazini / Tomazini, V. S. / Universidade Estadual de Londrina;

Título: ABORDAGEM ENDOSCÓPICA ENDONASAL DE CARCINOMA SINUNASAL MULTIFENOTÍPICO HPV RELACIONADO, COM ÁREAS DE DIFERENCIAÇÃO MIOEPITELIAL, P16 POSITIVO: RELATO DE CASO

Introdução: O carcinoma sinonasal multifenotípico HPV-relacionado foi incluído na quarta edição da Classificação dos Tumores da Cabeça e Pescoço da Organização Mundial da Saúde (OMS) como um subtipo do carcinoma espinocelular não queratinizante. É uma neoplasia restrita ao trato sinonasal, associada ao vírus HPV, especialmente ao subtipo 33, mais frequente em mulheres, dos 40 aos 60 anos, que apresenta-se com características tanto de carcinoma derivado do epitélio como de carcinoma adenóide cístico. Há poucos casos relatados até o momento, e os dados disponíveis sugerem comportamento menos agressivo. As principais manifestações clínicas são epistaxe, obstrução nasal e rinorreia. Assim, são importantes dados sobre novos casos, a fim de conhecer suas características clinicopatológicas. Relato de caso: Paciente I.P.C., sexo masculino, 51 anos, admitido no serviço com queixa principal de epistaxe em fossa nasal direita há aproximadamente 5 meses, em quadros autolimitados com resolução espontânea e sem fatores desencadeantes, associada a obstrução nasal, plenitude auricular e cefaleia em hemiface direita. Relata que todos sintomas iniciaram concomitantemente, com piora gradativa. Ao exame físico, não apresentava linfonodos ou massas cervicais palpáveis. Na rinoscopia anterior, apresentava, na fossa nasal direita, tumoração até região de válvula nasal externa em sangramento ativo. Foi realizada exérese de tumoração em fossa nasal direita, seio maxilar e base do crânio após 10 dias, em conjunto com equipe da neurocirurgia, que consistiu em ressecção tumoral com shaver, turbinectomia média direita (infiltração tumoral), maxilectomia direita, ressecção da borda posterior do septo (infiltração tumoral) e sinusotomia frontal, etmoidal e esfenoidal a direita. O exame anatomopatológico e imunohistoquímico das amostras da tumoração sugeriu o diagnóstico de carcinoma sinonasal multifenotípico HPV-relacionado, p16 positivo, com áreas de diferenciação mioepitelial. O paciente retornou ao ambulatório no mês seguinte, sendo encaminhado para equipe de oncologia para possível indicação de tratamento adjuvante. Discussão: A apresentação clínica do paciente corresponde ao encontrado na literatura, com epistaxe e obstrução nasal como apresentações mais comuns, e os seios maxilar e etmoidal como os mais afetados. O tratamento desta patologia consiste na exérese completa, havendo indicações tanto para a abordagem aberta quanto para a endoscópica transnasal. A via endoscópica tem a vantagem de não necessitar de incisões faciais e osteotomias, apresenta menor tempo de hospitalização, menor morbidade e menos dor no pós-operatório. No entanto, possui limitações em casos que necessitam de ressecção da pele, maxilectomia ou que acometem o seio frontal. Por fim, a abordagem escolhida foi a endoscópica, com a retirada da concha nasal média, de porções da maxila direita, da parte posterior do septo nasal, além da ressecção dos seios frontal, etmoidal e esfenoidal direitos.

Palavras-chave: Carcinoma sinonasal; HPV relacionado; Relato de caso

ID: 113405

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Jose Luis Braga de Aquino / Aquino, J. L. B. / Hospital PUC-Campinas; Douglas Alexandre Rizzanti Pereira / Pereira, D. A. R. / Hospital PUC-Campinas; Felipe Raule Machado / Machado, F. R. / Hospital PUC-Campinas; Wellington Martins Quessada Arruda / Arruda, W. M. Q. / Hospital PUC-Campinas; Wagner Guisard Thaumaturgo Júnior / Thaumaturgo Junior, W. G. / Hospital PUC-Campinas; Thalita Ruba Carpanezi Barbosa / Barbosa, T. R. C. / Hospital PUC-Campinas; Isabela Piza Micelli / Micelli, I. P. / Hospital PUC-Campinas; Olivia Augusto Pereira Lima / Lima, O. A. P. / Hospital PUC-Campinas;

Título: ADENOMA PLEOMÓRFICO EM GLÂNDULA SALIVAR ECTÓPICA RELATO DE UM CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

INTRODUÇÃO: As glândulas salivares são divididas em dois grupos: as menores, distribuídas pela cavidade oral, e as maiores, compostas pelas glândulas parótidas, submandibulares e sublingual. Este tecido glandular raramente pode ser encontrado em localizações ectópicas, como na pele, pescoço, cavidade nasal, espaço parafaríngeo, hipófise, mediastino, próstata, reto, vulva, glândula tireóide, ouvido médio, mastóide, maxila e mandíbula. O adenoma pleomórfico é um tumor benigno de tecido glandular, com maior incidência no sexo feminino, na sexta década de vida. A localização mais comum é a glândula parótida, em 80% dos casos. RELATO DE CASO: Paciente feminino, 23 anos, vem em consulta com queixa de massa cervical em níveis II e III à direita, de crescimento progressivo. Realizado tomografia de pescoço, com imagem sugestiva de adenomegalia. Indicado linfadenectomia, cujo anátomo patológico revelou adenoma pleomórfico de glândula salivar ectópica. DISCUSSÃO: Revisando a bibliografia, o local ectópico mais comum de tumores de glândula salivar é a borda anterior do músculo esternocleidomastóideo, localização deste caso aqui relatado. O adenoma pleomórfico acomete apenas cerca de 5% em crianças e adultos jovens. Neste caso, é uma paciente do sexo feminino, o que condiz com os dados da literatura, porém é jovem e com localização atípica, o que é raro. O tratamento de escolha para esse tipo de tumor é a ressecção completa da glândula ectópica, conduta realizada neste caso. Concluímos que há uma pequena incidência de casos descritos na literatura de adenoma pleomórfico localizado em glândulas salivares ectópicas. Este diagnóstico diferencial deve ser considerado em massas cervicais.

Palavras-chave: Adenoma pleomórfico; Glândula salivar ectópica; Linfadenectomia

ID: 113425

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Clara Thuany Pellis Mizusaki / Mizusaki, C. T. P. / Universidade de São Paulo (FOB/USP); Henrique Herckert Reimann Samuel / Samuel, H. H. R. / Universidade de São Paulo (FOB/USP); Ian Peterson da Silva de Souza / De Souza, I. P. S. / Universidade de São Paulo (FOB/USP); Julio Lamartine Bastos Araújo Hayne de Oliveira / De Oliveira, J. L. B. A. H. / Universidade de São Paulo (FOB/USP); Maylla Rodrigues de Oliveira / De Oliveira, M. R. / Universidade de São Paulo (FOB/USP); Ravi Souza Tronchini / Tronchini, R. S. / Universidade de São Paulo (FOB/USP); Yasmin Emi Enemu Mino / Mino, Y. E. E. / Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP); Luiz Fernando Manzoni Lourençone / Lourençone, L. F. M. / Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP);

Título: AMIGDALECTOMIA AMPLIADA EM PACIENTE COM AOS

Introdução: A apneia obstrutiva do sono (AOS) é caracterizada por esforços inspiratórios ineficazes decorrentes da oclusão dinâmica e repetitiva da faringe durante o sono, tendo como manifestações: ronco, apneias noturnas e sonolência diurna. A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) ocorre quando há presença de sintomas diurnos decorrentes de cinco ou mais eventos do tipo apneia/hipopneia por hora de sono. Na maioria dos adultos, a terapia de primeira escolha para a SAOS é modificação dos hábitos e terapia com pressão positiva nas vias aéreas (PAP). Para pacientes que falham/não toleram a terapia, as opções de tratamento incluem aparelhos orais e terapia cirúrgica. É necessária uma seleção cuidadosa do paciente e do procedimento, considerando sua anatomia e fisiologia. Ao comparar a amigdalectomia ampliada com outros procedimentos, ela é menos invasiva e relativamente bem tolerada. Como as manifestações clínicas impactam negativamente a vida do paciente e a SAOS é considerada um problema de saúde pública devido às sequelas e à prevalência, expõe-se a importância de se discutir suas formas de tratamento, além do intuito de relatar o presente caso. Caso: Paciente E.J.M, 38 anos, sexo masculino, sobrepeso (IMC: 29) com quadro de roncos noturnos diários, sono com diversos despertares, sonolência diurna excessiva (Escala de Epworth: 14), sem queixas nasais. Ao exame físico observa-se amígdalas grau III em classificação de Brodsky, Mallampati modificado I. Em escala de Berlim pontua-se alto risco para SAOS. Realizado então complementação com polissonografia tipo 4 e firmado diagnóstico de SAOS moderada. Devido às características anatômicas favoráveis à intervenção cirúrgica (Friedman I) associada à decisão conjunta com o paciente, optou-se pela abordagem cirúrgica adotando a técnica da amigdalectomia ampliada. Paciente em boa evolução pós-operatória, com relato de melhora substancial da qualidade de sono e dos roncos noturnos. Discussão: Alguns fatores de risco estão associados à maior prevalência de SAOS, como o sexo masculino, o avanço da idade, o IMC e anormalidades craniofaciais. Analisando-se o quadro clínico do paciente, nota-se roncos noturnos, sono com diversos despertares e sonolência diurna, comprovada pela Escala de Sonolência de Epworth (ESE), com uma pontuação >9 indicando sonolência anormal, além de alto risco na escala de Berlim. Tais características são suficientes para indicar avaliação complementar. O tratamento deve ser individualizado, considerando as características anatômicas que predizem possível sucesso cirúrgico e ser tomado em conjunto com o paciente, já que o sucesso depende da adesão à terapia (principalmente quando indicado PAPs). A amigdalectomia ampliada caminha em conjunto com as evidências mais atuais em busca de técnicas que respeitem a linha média, sejam também menos invasivas, com o intuito de diminuir as complicações, eficazes na melhora subjetiva e objetiva dos sintomas e na redução das recidivas.

Palavras-chave: otorrinolaringologia ; amigdalectomia ampliada; síndrome da apneia obstrutiva do sono

ID: 113382

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rafael Correia Naletto / Naletto, R.C / Centro Universitário São Camilo; Nicole Compagnoni Gallina / Gallina, N.C / Hospital Geral de Carapicuiba; Eduardo Viscainho Francisco / Francsico, E.V / Centro Universitaro São Camilo; Victor Vion Sant Galvez / Galvez, V.V.S / Centro Universitario São Camilo; Bruno Amantini Messias / Messias, B.A / Hospital Geral de Carapicuiba; Jaques Wasberg / Wasberg, J / Hospital Do Servidor Publico Estadual;

Título: ANGINA DE LUDWIG TRATADA COM TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Angina de Ludwig é uma celulite bilateral dos espaços submentoniano, sublingual e submandibular, com risco de obstrução das vias aéreas. As principais etiologias são odontológicas, entretanto são descritos, também, trauma mandibular, lesões penetrantes do assoalho bucal, laceração oral, otite média, neoplasias orais e sialoadenite submandibular (1□8). A propedêutica envolve 4 pilares principais, sendo eles: manejo de vias aéreas, antibioticoterapia, incisão e drenagem do abscesso e nutrição e hidratação adequada do paciente.. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 54 anos, tabagista, previamente hígido, admitido pela clínica médica com quadro de dor torácica em aperto de forte intensidade que irradiava para mandíbula e região epigástrica, associado a febre não aferida e dispneia com início do quadro como edema mandibular a direita e odinofagia há 10 dias. Iniciada a propedêutica com realização de exames laboratoriais e tomografia computadorizada de tórax e pescoço, que evidenciou coleção ocupando espaço tonsilar, parafaríngeo direito, estendendo-se inferiormente aos espaços sublingual e submandibular e mastigador homolaterais, medindo cerca de 3,0X2,4X4,0cm. Foi, a princípio, tratado com ceftriaxone associado a clindamicina, mas após avaliação da equipe de cirurgia geral, optou-se por abordagem cirúrgica por meio de cervicotomia à direita, sendo drenada a coleção periamigdaliana, realizada traqueostomia e confecção de curativo de pressão negativa e traqueostomia. Optado por escalonar o antibiotico para piperacilina-tazobactam associado a vancomicina, sendo encaminhado a UTI em ventilação mecanica.. Evoluiu bem no pós-operatório, com permanência de SNE para alimentação devido a presença de fístula faringo-cutânea. Realizado novas abordagens para troca do curativo e optado por drenagem de coleção no mediatino superior com dreno de pigtail guiado por USG. Recebeu alta no 29 PO, com encaminhamento para o ambulatório de cirurgia geral. No ambulatório foi retirado canula de traqueostomia e após deglutograma foi optado por liberar dieta oral. DISCUSSÃO: A Angina de Ludwig foi descrita pela primeira vez em 1836 como uma celulite gangrenosa progressiva rápida e frequentemente fatal ou fasceíte necrosante envolvendo o pescoço e o assoalho da boca (1,7). A principal causa é odontológica e os agentes etiológicos incluem bactérias aeróbias e anaeróbias, como estreptococos e estafilococos, que produzem necrose muscular (1□8). O diagnóstico é basicamente clínico e a cirurgia é a parte mais importante do tratamento, ditando o prognóstico (9). A fistula faringo-cutânea é uma das complicações pós-operatórias mais comuns em pacientes que realizam laringectomia, sendo a terapia por pressão negativa utilizada nos últimos anos para tratamento desta. Ela consiste na aplicação de uma diferença de pressão entre uma ferida e o ambiente externo, evoluindo com fechamento da fístula em 87,5-100% dos casos (10).

Palavras-chave: angina; ludwig; cirurgia

ID: 113427

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Alessandra Helena Machado / Machado, A. H. / Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP); Amanda Tollini de Moraes / Moraes, A. T. / Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP); Clara Maria Santos Wanderley / Wanderley, C. M. S. / Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP); Leonardo Pereira Gomes / Gomes, L. P. / Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP); Luiza Ruiz Simão / Simão, L. R. / Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP); Ricardo Pinal de Mello / Mello, R. P. / Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP); Yasmin Mino / Mino, Y. / Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP); Luiz Fernando Manzoni Lourençone / Lourençone, L. F. M. / Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP);

Título: ATRESIA DE COANA BILATERAL ASSOCIADA À FISSURA FACIAL RARA

INTRODUÇÃO: As coanas são aberturas posteriores das fossas nasais formadas durante o desenvolvimento craniofacial na etapa de invaginação, o qual requer um crescimento coordenado dependente das fusões dos processos faciais durante a embriogênese. Qualquer falha nesta etapa pode levar a anomalias craniofaciais, como a fissura facial. No fim da sétima semana embriológica a porção posterior do processo intermaxilar se torna a membrana oro-olfatória que, quando se rompe, forma as coanas primárias, permitindo a comunicação entre as cavidades nasal e oral (Lesciotto et al.,2018). A atresia de coanas bilateral (AC) é uma malformação nasal rara em que a conexão entre a via aérea nasal e a nasofaringe está fisicamente bloqueada. A incidência global de AC ocorre em 1 de 10.000 nascidos vivos, possui etiologia e patogênese ainda indeterminadas em literatura e cerca de 50% dos casos se apresentam bilateralmente de forma sintomática. Pacientes com AC bilateral precisam de intervenção cirúrgica imediata para evitar complicações como cianose causada por desconforto respiratório. Essa patologia pode ocorrer de maneira isolada, apenas pela deformação nasal, ou como manifestação de outras malformações. CASO: Paciente A.L.S, sexo feminino, 6 anos e 10 meses, portadora de fissura 4 de Tessier, apresentou desconforto respiratório ao nascimento, procedido com intubaçao orotraqueal e traqueostomizada ao completar 1 mês e 10 dias de vida. Ao exame físico mais tomográfico observou-se atresia coanal bilateral mista. Realizado, aos 3 anos de vida, correção cirúrgica da atresia bilateral por via transnasal com formação de neocoana e adotando a técnica de retalhos de mucosa conhecida como Cross-Over Flap Technique. Em seguimento de 3 anos de pós-operatório paciente não apresentou reestenose coanal, porém houve falha no processo de decanulação por provável estenose subglótica evidenciada em broncoscopia. DISCUSSÃO: A AC é uma emergência neonatal reconhecida e rara, sendo vital a manutenção da via aérea até realização de cirurgia corretiva, pois lactentes são respiradores nasais obrigatórios. Diversas literaturas destacam a possibilidade de AC em pacientes com craniossinostose e, embora a correlação entre AC bilateral e fissuras 3 e 4 de Tessier possa ser mais frequente do que é proposto pela literatura (Tonello et al.,2021), a falta de uma definição precisa, tanto em métodos de detecção quanto em diagnóstico, geram incertezas quanto à verdadeira coincidência dessas condições. Dessa maneira, o uso da técnica Cross-Over Flap permitiu maior visualização do campo cirúrgico e diminuiu a probabilidade de lesão das estruturas próximas. Por consequência, o caso de atresia de coana bilateral associada à fissura facial rara apresenta valor educacional, podendo nortear pesquisas futuras pela baixa quantidade de casos relatados em recém-nascidos. Portanto, o quadro apresentado pelo paciente A.L.S possui capacidade de melhorar a qualidade no atendimento e conduta médica.

Palavras-chave: Otorrinolaringologia; Atresia de coana; Cross-Over Flap Technique

ID: 113426

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Giovana Nascimento Martins / Martins, G.N. / Universidade Estadual de Londrina; Italo Henrique Doroso / Doroso, I.H. / Universidade Estadual de Londrina; Richard Willian Pereira Silva / Silva, R.W.P. / Universidade Estadual de Londrina; Verônica Lopes Pereira / Pereira, V.L. / Universidade Estadual de Londrina; André Armani / Armani, A. / Universidade Estadual de Londrina; Gustavo Conrado Brassaroto / Brassaroto, G.C. / Universidade Estadual de Londrina;

Título: FERIMENTO POR ARMA DE FOGO EM ZONA II CERVICAL - UM RELATO DE CASO

Introdução: O número de vítimas de arma de fogo no Brasil expõe as estatísticas da violência e aponta para a necessidade de um preparo adequado dos profissionais envolvidos nas emergências. Ademais, o traumatismo cervical se sobressai por apresentar alta complexidade e pela possibilidade de afetar estruturas vitais com grande potencial para provocar sequelas se não for abordado corretamente. Relato de Caso: paciente masculino, 37 anos, alvejado por projétil de arma de fogo em região cervical, zona II, com entrada à esquerda e saída à direita. Foi encaminhado ao hospital pelo SAMU por meio de vaga zero, com Tomografia Computadorizada de pescoço sugerindo lesão das vértebras C3-C4 e ar no espaço retrofaríngeo. Realizou-se faringolaringoscopia direta, sendo observado equimose em parede posterior da hipofaringe com pequena laceração da mucosa, não visualizadas outras lesões ao exame. Devido a essa laceração, foi optado pela cervicotomia exploradora esquerda, sendo evidenciada laceração da parede posterior da hipofaringe, assim como da musculatura pré vertebral, sendo removidos fragmentos ósseos. Após manobra de valsalva, o paciente apresentou hemorragia em orifício de saída do projétil à direita, que estava previamente tamponado, sendo então realizada cervicotomia exploradora também neste lado, no qual foi identificado lesão de veia jugular interna direita e realizada sua ligadura. Após a cirurgia, o paciente evoluiu estável hemodinamicamente, com pequena quantidade de secreção sero-hemática via dreno de penrose, mantendo dieta exclusiva via sonda nasoenteral, paresia e hipotonia de membro superior esquerdo, fratura de C3-C4 sem retropulsão ou listese, não apresentando necessidade de restrição de movimentação cervical. Discussão: Dados da literatura apontam que a abordagem adotada no caso em questão é considerada a mais adequada para trauma de região cervical em paciente instável. Anteriormente à abordagem, deve-se realizar a classificação da lesão cervical e, logo após, avaliar o grau de estabilidade do paciente, para depois escolher a abordagem mais apropriada. O caso retrata lesão na região cervical, zona 2, com entrada do projétil à esquerda e saída à direita. Sendo assim, devido ao local de entrada e de saída do projétil, e pela presença de sangramento nos orifícios houve a indicação de cervicotomia de urgência. Referências BAHTEN, L. C. VON et al. Ferimentos cervicais: análise retrospectiva de 191 casos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 30, n. 5, p. 374381, out. 2003. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet>. Acesso em 07 de jun. de 2022 MATTOX, K. L., FELICIANO, D.V., MOORE, E.E. Trauma. 9th ed. New York: MacGraw-Hill, 2021.

Palavras-chave: trauma cervical; zona II; arma de fogo

ID: 113525

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Giovanna Ney Quevedo / Giovanna Ney Quevedo / FOB-USP; Igor José Nogueira Gualberto / Gualberto, I.J.N / FOB-USP; Ana Beatriz Sintoni / SINTONI, A. B. / FOB-USP; Barbara Hikari Nakagawa Pimenta / HIKARI, B. / FOB-USP; Luiz Fernando Manzoni Lourençone / LOURENÇONE, L. F. M. / HRAC-USP; Yasmin Emi Enemu Mino / MINO, Y. E. E. / HRAC-USP;

Título: OTITE MÉDIA CRÔNICA COLESTEATOMATOSA COMPLICADA COM ABSCESSO SUBPERISTEAL

Introdução: A Otite média (OM), processo inflamatório que acomete o ouvido médio associada a quadros persistentes, insidiosos e destrutivos, tem um elevado potencial de complicações, o que a torna uma doença grave. Considerando a presença de colesteatomas, que são lesões epiteliais queratinizadas, as complicações se tornam mais prevalentes e graves, devido à natureza destrutiva da condição. O abscesso subperiosteal é a complicação mais frequente da OM crônica. Essa complicação consiste em um espessamento da mucosa ou efusão da cavidade mastoidea acompanhada de eritema, edema e flutuação retroauricular. O intuito do relato de caso é abordar esse problema de saúde pública prevalente em países em desenvolvimento e a abordagem clínica e cirúrgica adequada ao caso. Caso: Paciente N.P.L, 36 anos, sexo feminino, com diagnóstico de OM crônica colesteatomatosa em ouvido direito, submetida à mastoidectomia subtotal em 2016, perdeu o seguimento pós operatório e retorna em 2021 com quadro de otalgia intensa a direita associada a abaulamento, hiperemia e rubor em região retroauricular (topografia de incisão cirúrgica prévia) além de otorréia abundante. À tomografia de ossos temporais, observa-se conteúdo de partes moles ocupando mastóide e orelha média, além de erosão óssea da parede posterior do CAE. Procedido com reabordagem cirúrgica, realizado mastoidectomia aberta à direita, removido grande quantidade de tecido descamativo, mantido internação e antibioticoterapia endovenosa durante 5 dias. Paciente mantém boa evolução clínica. Discussão: A incidência da doença colesteatomatosa está associada ao grau de desenvolvimento do país, de forma que é mais frequente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Além disso, a taxa de complicações é inversamente proporcional à procura por atendimento médico adequado. A Otite Média Crônica Colesteatomatosa (OMCC) apresenta alto risco de agravo. O abscesso subdural é uma complicação extracraniana, assim como a mastoidite coalescente, a labirintite e a fístula labiríntica, entre outras. Apesar da fístula labiríntica ser o agravo mais comum na OMCC, o abscesso subperiosteal é a complicação mais frequente da OM em geral. Quando o abscesso subperiosteal é causado por Otite Média Aguda costuma apresentar evolução adequada com antibioticoterapia e miringotomia. Por outro lado, se a complicação é resultado da OMCC é necessário antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro e drenagem precoce do foco infeccioso com algum tipo de mastoidectomia, geralmente, mastoidectomia aberta. Sendo assim, na suspeita de abscesso subperisteal é recomendado exame físico completo e tomografia com contraste para início do tratamento precoce, além da necessidade de acompanhamento longitudinal e regular de todos os casos de OMCC, a fim de reduzir as taxas de complicações.

Palavras-chave: otite média crônica; abscesso subperiosteal; colesteatoma

ID: 113401

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Jose Luis Braga de Aquino / Aquino, J. L. B. / Hospital PUC-Campinas; Luis Antonio Brandi Filho / Brandi Filho, L. A. B. / Hospital PUC-Campinas; Wellington Martins Quessada Arruda / Arruda, W. M. Q. A. / Hospital PUC-Campinas; Wagner Guisard Thaumaturgo Junior / Thaumaturgo Junior, W. G. / Hospital PUC-Campinas; Thalita Ruba Carpanezi Barbosa / Barbosa, T. R. C. / Hospital PUC-Campinas; Isabela Piza Micelli / Miceli, I. / Hospital PUC-Campinas; Felipe Costa Parreira / Parreira, F. C. / Hospital PUC-Campinas; Olivia Augusto Pereira Lima / Lima, O. A. P. / Hospital PUC-Campinas;

Título: STRUMA OVARII MALIGNO POR CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREÓIDE: RELATO DE UM CASO RARO

INTRODUÇÃO: Struma ovarii é uma patologia rara que ocorre em 2 a 3% dos teratomas ovarianos maduros. É definida como presença de tecido tireoidiano predominante na análise histológica do teratoma. A malignização do Struma ovarii é ainda mais rara, com incidência de 0,5 a 5% de todos os casos. É mais prevalente entre a quarta e a sexta décadas, sendo 70% dos casos associado ao carcinoma do tipo papilífero da tireoide e 30% ao tipo folicular. O diagnóstico de struma ovarii é tipicamente estabelecido no pós-operatório, após análise do anatomo patológico, com diagnóstico diferencial com diferentes tumores ovarianos. Na suspeita de struma ovarii pode-se associar dosagem de TSH, T3 e T4 livres, tireoglobulina e anticorpo anti-tireoglobulina. Considerando a raridade da doença, diretrizes padronizadas de tratamento para struma ovarii malignos são difíceis de estabelecer. O tratamento é baseado na ressecção cirúrgica, e na hipótese de Struma ovarii maligno deve-se realizar ressecção cirúrgica radical. Ademais, a avaliação da glândula tireoide deve ser realizada a fim de identificar malignidade do tecido primário. RELATO DE CASO: RGN, feminino, 30 anos. Paciente encaminhada do departamento de Oncologia pélvica, com histórico de ressecção cirúrgica de tumor em ovário direito em 2018, com anatomopatológico de teratoma maturo do ovário. Paciente evolui com recidiva de tumoração ovariana a direita, com implantes em fundo de saco posterior, peritônio vesical, ovário e tuba uterina a esquerda. Submetida a salpingooforectomia a direita e exérese de implantes em 2021, com anatomopatológico de Struma ovarii do ovário direito com alterações morfológicas de Carcinoma papilífero da tireóide. Foi encaminhada para investigação com equipe de cirurgia de cabeça e pescoço devido a identificação em ultrassom da tireóide, múltiplos nódulos tireoideanos, sendo o principal localizado no terço médio do lobo esquerdo, medindo 1,2 x 0,8 x 0,8 cm classificado como TIRADS IV. Indicado PAAF do nódulo que veio como resultado uma classificação de Bethesda V. Paciente submetida a Tireoidectomia total em março de 2022, sem intercorrências e com anatomopatológico de Carcinoma papilífero de tireóide e com variante folicular, com 9 linfonodos regionais livres de neoplasia, pT2 pN0. Paciente em seguimento, aguarda realização de PCI ambulatorial,além de dosagem de Tireoglobulina, para avaliação de radioiodoterapia complementar. DISCUSSÃO: Não foram encontrados na literatura casos semelhantes a este descrito. Devido a raridade do struma ovarii maligno, em uma paciente fora da faixa etária habitual de diagnostico, e com diagnóstico de carcinoma papilífero de tireoide concomitante, é de grande valor científico a discussão do tratamento e seguimento oncológico. Neste caso, foi optado por tratamento cirúrgico, a ser complementado com radioiodoterapia.

Palavras-chave: Carcinoma Papilífero de Tireoide; Struma ovarii; Teratoma maduro

ID: 112755

Área: CIRURGIA DA OBESIDADE

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Beatriz Milene de Oliveira Camargo / Camargo, B. M. O. / Universidade Anhembi Morumbi; Karina de Lima Andrade / Andrade, K. L. / Universidade Anhembi Morumbi; Mariana Emy Sakuda / Sakuda, M. E. / Universidade Anhembi Morumbi; Higor Duarte Azevedo / Azevedo, H. D. / Universidade Anhembi Morumbi; José Eduardo Paes de Barros Greco Filho / Greco Filho, J. E. P. B. / Universidade Anhembi Morumbi; Guilherme Andreucci Alves / Alves, G. A. / Universidade Anhembi Morumbi; Guilherme Ferreira Bianco / Bianco, G. F. / Universidade Anhembi Morumbi; Vinícius Besson Lima / Lima, V. B. / Universidade Anhembi Morumbi;

Título: CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EM PACIENTES BARIÁTRICOS: COMO INVESTIGAR.

INTRODUÇÃO: O Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR) é uma das cirurgias bariátricas mais realizadas no Brasil e suas complicações podem ocorrer a curto e longo prazo. Dessa forma, o conhecimento do pós-operatório, especialmente em relação à nova anatomia e fisiopatologia gastrointestinal destes pacientes deve ser encorajado. O grau de dificuldade de avaliação de um paciente com hemorragia digestiva após o BGYR é elevado, sendo a grande razão desse revés o difícil acesso ao estômago excluso e duodeno através de exames endoscópicos. Este relato demonstra uma hemorragia digestiva alta (HDA) de causa desconhecida em paciente no pós-operatório tardio de BGYR sem acompanhamento médico. RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 50 anos, admitida em serviço secundário de saúde, com queixa de náusea, vômito e um episódio de hematêmese há um dia, com antecedente pessoal de BGYR (2014). Na admissão foi instituído inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose plena: Omeprazol 40 mg EV de 12 em 12 horas, solicitada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve, que revelou sinais de cirurgia prévia e pequena dilatação do estômago excluso (EE), levantando a hipótese de úlcera nesta região. Posteriormente, a EDA foi realizada sem alterações observadas. Prontamente, a paciente foi submetida a uma colonoscopia, apresentando resultado dentro dos limites da normalidade e uma angiotomografia de abdome e pelve, que apresentou pequena quantidade de líquido na cavidade abdominal, dilatação de EE e sinais de manipulação cirúrgica gástrica. Evoluiu bem com suporte clínico. Não foi necessária terapêutica avançada devido à melhora clínica, sem necessidade de abordagem cirúrgica, seguindo para investigação e acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: A EDA é o método diagnóstico e terapêutico padrão para a HDA. Pacientes que realizaram a cirurgia de BGYR apresentam dificuldade diagnóstica e terapêutica devido a alterações anatômicas. Entretanto, é possível identificar focos de sangramento de outras formas, como pela cintilografia com hemácias marcadas, arteriografia, gastroscopia virtual e EDA via gastrostomia percutânea. CONCLUSÃO: A obesidade grau 3 é uma comorbidade que vem aumentando globalmente, levando a um maior número de cirurgias bariátricas, e consequentemente, um maior número de complicações pós-cirúrgicas. Apesar da baixa incidência, elas devem ser identificadas e manejadas de forma a minimizar desfechos não favoráveis. A HDA em pacientes com antecedente de BGYR apresentam desafios diagnósticos e terapêuticos, que demandam métodos não convencionais de investigação e tratamento.

Palavras-chave: Bariátrica em Y de Roux; Hemorragia digestiva alta; Estômago excluso

ID: 113189

Área: CIRURGIA DA OBESIDADE

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Jéssica Moreira Santos / Santos, J. M. / Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG) - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil; Rachid Guimarães Nagem / Nagem, R. G. / Hospital Governador Israel Pinheiro (IPSEMG) - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil;

Título: FÍSTULA ENTEROENTERICA APÓS BY-PASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX: UM CASO POSSIVELMENTE ÚNICO

Introdução: O by-pass gástrico em Y de Roux (BGYR) é um procedimento seguro e efetivo para o tratamento da obesidade. Estudos apontam sua eficácia não só na perda de peso, mas no controle de diversas comorbidades, entre elas dislipidemia, hipertensão, diabetes mellitus e refluxo gastroesofágico. Porém, como todo procedimento cirúrgico, o BGYR pode apresentar complicações. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso, possivelmente único na literatura, de fístula enteroentérica como complicação de BGYR. Relato de caso: C.S.D.S, sexo feminino, 27 anos, apresentava hipertensão arterial e obesidade classe 3, deu entrada em serviço de urgência 28 dias após BGYR com quadro de vômitos e dor epigástrica □em aperto□. O exame físico não apresentava nenhuma alteração. A hipótese diagnóstica levantada foi obstrução intestinal, possivelmente por aderências ou hérnia interna. Foram realizados exames laboratoriais e tomografia abdominal (TC de abdome) sem contraste, que vieram sem alterações. Houve melhora do quadro e a paciente recebeu alta. Após 10 dias, a paciente retornou ao pronto atendimento, com novo episódio de dor e vômitos. Novamente, os exames vieram normais, o quadro remitiu e a paciente recebeu alta. Na semana seguinte houve nova recidiva, sendo a paciente internada no hospital onde havia feito a cirurgia bariátrica. Desta feita o cirurgião bariátrico que operou a paciente pôde avaliá-la e presenciou um episódio de vômito bilioso. O cirurgião indicou laparotomia exploradora com diagnóstico de obstrução intestinal. A laparotomia, contudo, não revelou quadro obstrutivo. Na exploração da cavidade parecia haver, porém, uma comunicação entre os cotos da alça de jejuno seccionada com endograмpeador na cirurgia original. Foi introduzida uma sonda nasogástrica pelo anestesista e o cirurgião conseguiu direcioná-la de um coto de jejuno para o outro, confirmando a presença de uma fístula entre a alça alimentar e a alça biliopancreatica. Foi desfeita a fístula com grampeador e a linha de grampos reforçada com chuleio de prolene 3-0. O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. Discussão: O BGYR, como todo procedimento cirúrgico pode evoluir com complicações. No presente caso a indicação de laparotomia foi baseada na presença de bile no vômito, o quê, a princípio, só poderia ser explicado por uma obstrução distal à anastomose enteroentero (o □pé do Y□). Pelas graves consequências de uma hérnia interna não diagnosticada, optou-se pela laparotomia exploradora. Foi encontrado, porém, uma fístula enteroenterica. Fístulas tardias são raras após BGYR, sendo a mais frequente a fístula gastro-gástrica. O presente caso é único, por ser, até onde pudemos pesquisar, o primeiro a documentar a ocorrência de uma fístula enteroentérica. Concluímos que a fistula enteroentérica é complicação possível no pós-operatório do BGYR. Finalmente, é nossa opinião que o tratamento cirúrgico representa opção efetiva para o tratamento definitivo.

Palavras-chave: Cirurgia bariátrica; Obesidade; Fístula

ID: 113388

Área: CIRURGIA DA OBESIDADE

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Emerson Luis Brasil Dias / Dias, EB / Faculdade de Medicina FTC Bahia; Ana Luiza Novaes de Oliveira / Oliveira, ALN / Faculdade Medicina UniFTC Bahia;

Título: INTUSSUSCEPÇÃO JEJUNOJEJUNAL: COMPLICAÇÃO RARA DE BYPASS GÁSTRICO EM Y-ROUX NA EMERGÊNCIA

Relato de Caso: Paciente sexo feminino, 45 anos, PO tardio de Bypass gástrico em Y-Roux há 4 anos, devido à obesidade, foi admitida na Sala de Emergência do Hospital Regional de Porto Seguro - Dep Luis Eduardo Magalhães com quadro de suboclusão intestinal (dor e distensão abdominal, náusea, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes com evolução de 24 horas. CT de Abdome evidenciava estreitamento da luz de delgado proximal. Após 24 horas, sem melhora com medidas de suporte clinico (jejum, sng aberta e hidratação) e piora da dor e distensão, foi submetida à laparotomia exploradora. Evidenciou-se intussuscepção da anastomose jejunojejunal (IJJ) com necrose isquêmica segmentar. Foi realizada enterectomia e reconfecção da anastomose com sutura manual. Apresentou boa evolução, recebendo alta no oitavo dia pos-operatório, aceitando dieta oral e evacuações normais. A intussuscepção jejunojejunal (IJJ) pós bypass gástrico em Y de Roux (RYGBP) para obesidade mórbida é uma complicação rara, mas potencialmente catastrófica. Existem dados limitados sobre a incidência de intussuscepção pós bypass gástrico e são descritas diferentes opções cirúrgicas para o manejo desta doença.. Alguns estudos tem mostrado que o comprimento da jejunojejunostomia (> 60 mm) pode estar associado a maior ocorrência de IJJ. A intervenção mínima com enteropexia pode oferecer tratamento eficaz para a maioria dos pacientes. No entanto, em casos como o relatado, devido à necrose isquemica, pode ser necessária a ressecção segmentar e a reconfecção da anastomose.

Palavras-chave: intussuscepção jejunojejunal; bypass gástrico Y Roux; complicações

ID: 113606

Área: CIRURGIA DA OBESIDADE

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Vitória Mikaelly da Silva Gomes / Gomes, VMS / Hospital das Clínicas da UFMG; Paula Rodrigues Sampaio / Samapio, PR / Hospital das Clínicas da UFMG; Leonardo Santos Viana / Viana, LS / Hospital das Clínicas da UFMG;

Título: TROMBOSE PORTO-MESENTÉRICA COMO COMPLICAÇÃO DE SLEEVE GÁSTRICO: SÉRIE DE 2 CASOS

INTRODUÇÃO A obesidade é uma doença crônica e problema de saúde global que se constitui como a quinta principal causa de morte no mundo, condicionando estado pró-inflamatório que se constitui um fator de risco importante para trombose. A gastrectomia vertical laparoscópica (GVL) é uma importante técnica que corresponde hoje a um terço das indicações de cirurgia bariátrica no mundo, com uma taxa média de complicações de 13%, sendo uma das mais graves a trombose porto-mesentérica (TPM). RELATOS DE CASO Caso 1. Sexo masculino, 41 anos, submetido a GVL, tendo alta no 2º dia de pós-operatório (PO), procura serviço de emergência no 14º dia de PO referindo dor abdominal intensa em mesogástrio de início há 4 dias, associada a astenia e anorexia. Foi submetido a uma Tomografia Computadorizada (TC) de abdome com contraste que mostrou achados condizentes com extensa trombose venosa porto-mesentérico-esplênica. O paciente foi internado, sendo optado pelo tratamento conservador com Heparina Não Fracionada (HNF) em dose plena. Paciente evoluiu com estabilidade clínica, recebendo alta hospitalar no 6º dia de internação em uso de Enoxaparina e sendo encaminhado para acompanhamento ambulatorial. Caso 2. Sexo masculino, 41 anos, submetido a GVL, tendo alta no 2º dia de PO, procura serviço de emergência no 60º dia de PO queixando-se de dor em faixa em abdome superior há 4 dias, além de náuseas. Realizou TC de abdome que evidenciou trombose venosa de mesentérica superior, inferior e veia porta. Paciente foi internado e submetido a trombectomia de Retrohepáticas, Supra-hepáticas, Infra-hepáticas e Cava inferior, sem intercorrências. Seguiu aos cuidados da terapia intensiva com anticoagulação com heparina de baixo peso molecular. Evoluiu com alta hospitalar no 3º dia do pós-operatório da trombectomia, sendo encaminhado para acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO A TPM é uma complicação incomum e potencialmente fatal que possui dificil diagnóstico devido à inespecificidade dos sintomas, sendo o principal deles a dor abdominal, presentes em ambos os casos apresentados. Estudos mostram que a manipulação das veias gástricas curtas associada ao dano endotelial comum na obesidade podem explicar a TPM. Além disso, outros fatores como a posição prolongada de Trendelemburg, trombose de vasos esplâncnicos, estado de hipercoagulabilidade e desidratação são levantados como possíveis causadores. Apesar de ser uma complicação pós-operatória grave, se diagnosticada e tratada de forma precoce, há aumento da chance de recanalização do sistema venoso e bom prognóstico. A maioria dos pacientes apresentam sucesso com o tratamento com Heparina de baixo peso molecular, com tempo de duração questionável, variando na literatura 3-12 meses, exceto nos pacientes com estados pró-trombóticos permamentes.. A realização de trombectomia mecânica tem sido reservada para situações onde há falha na terapia trombolítica ou em vigência de isquemia intestinal.

Palavras-chave: SLEEVE GÁSTRICO; OBESIDADE; TROMBOSE PORTO-MESENTÉRICA

ID: 112519

Área: CIRURGIA PEDIÁTRICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Pedro Otávio Cassago de Assis / Assis, P.O.C. / Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA); Luísa Serpa Vale / Vale, L.S. / Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA); Alexandre Alberto Barros Duarte / Duarte, A.A.B. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (HC-FAMEMA); Marcos Maciel Candido Justino dos Santos / Santos, M.M.C.J. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília (HC-FAMEMA);

Título: ASSOCIAÇÃO ENTRE VACTERL-H, ATRESIA ESOFÁGICA SEM FÍSTULA, ATRESIA DUODENAL E SÍNDROME DE DOWN: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO A incidência de síndrome de Down no Brasil é de 1 a cada 600 a 800 nascimentos, sobrevindo com achados clínicos e anomalias características, a exemplo da atresia de duodeno e esôfago, descritas em 40,6% e 6,25% dos casos, respectivamente. A atresia esofágica apresenta-se, em geral, com fístula; a ausência é descrita em apenas 29% dos casos. Pode, também, associar-se a anomalias cardíacas e gastrointestinais em 67% e 26% dos casos, respectivamente. A associação VACTERL consiste na apresentação simultânea de pelo menos 3 malformações congênitas: vertebrais, atresia anal, cardíacas, fístula traqueo-esofágica, atresia de esôfago, anomalias renais e de membros. Sua variante VACTERL-H acrescenta a presença de hidrocefalia, sendo mais rara. Apesar de não haver descrição clara da incidência concomitante dessas malformações, é evidente que isoladamente são eventos raros. RELATO DE CASO Recém-nascida, feminina, 34 semanas, peso ao nascer de 1840 gramas, 41 cm de comprimento, perímetro cefálico de 31,5 cm, torácico de 28 cm e abdominal de 30 cm. Parto cesárea com polidrâmnio, APGAR 5/9, apresentando características relacionadas à síndrome de Down, sendo encaminhada para UTI neonatal por manter cianose, hipotonia e desconforto respiratório mesmo após medidas iniciais de reanimação. Ecocardiograma: Displasia de valva tricúspide com discreta insuficiência e pressão sistólica de ventrículo direito de 17 mmHg, comunicação interatrial de 3 mm e comunicação interventricular muscular de 2 mm, além de insuficiência aórtica e pulmonar mínimas. Ultrassonografia de abdome: Atresia duodenal por sinal da dupla bolha ultrassonográfica e ausência de alterações renais. Ultrassom transfontanela: Razão ventricular de 0,36 (limite superior da normalidade), terceiro ventrículo de 6 mm (valor de referência até 5 mm) e átrio do ventrículo de 11 mm (valor de referência até 10 mm) sem disgenesia de corpo caloso ou malformações parenquimatosas. A equipe de cirurgia pediátrica, ante a suspeita da sequência VACTERL-H com associação de dupla atresia, procedeu a laparotomia exploradora, gastrostomia descompressiva, exame contrastado por sonda gástrica e esofágica com achados de atresia esofágica sem fístula (long-gap), e atresia duodenal. Optado, então, pela imediata realização de gastrostomia descompressiva. DISCUSSÃO O diagnóstico e estabelecimento de conduta em síndromes raras associadas a múltiplas malformações depende de atendimento multidisciplinar e suporte de especialistas, a fim de oferecer o correto tratamento. O prognóstico parece ser incerto devido ao acometimento neurológico e cardíaco, porém houve real necessidade de realizar cirurgia de urgência pelo risco de rompimento da câmara gástrica. O tratamento cirúrgico curativo das atresias foi retardado por não apresentar condição hemodinâmica durante a cirurgia, priorizando a estabilidade clínica e tratando as condições de risco imediato. O suporte intensivo foi mantido pré, intra e pós cirúrgico.

Palavras-chave: Associação VACTERL-H; Atresia esofágica; Atresia duodenal

ID: 113453

Área: CIRURGIA PEDIÁTRICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Eliane Berton / BERTON, E. / Famerp - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Dener José Rossini / ROSSINI, D. J. / Unifev - Centro Universitário de Votuporanga; Caroline Alves Bueno / BUENO, C. A. / Unifev - Centro Universitário de Votuporanga; Fernanda de Moraes Silva / SILVA, F. M. / Unifev - Centro Universitário de Votuporanga; Alexandre Petreca / PETRECA, A; / Unifev - Centro Universitário de Votuporanga; Luis Augusto Antunes Glover / GLOVER, L. A. A. / Unifev - Centro Universitário de Votuporanga; Paulo Vinicius Cassimiro Gargia / GARCIA, P. V. C. / Unifev - Centro Universitário de Votuporanga; Tauane de Lima Fiorillo / FIORILLO, T. L. / Famerp - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto;

Título: CISTO DE MESENTÉRIO RELATO DE CASO

Introdução: Lesão císticas entre os folhetos mesentéricos, os cistos mesentéricos, podem ser encontrados do duodeno ao reto e ainda possuem etiologia incerta. Várias hipóteses já foram aventadas e a teoria mais aceita é a formação dos cistos a partir da ruptura de vasos linfáticos. Clinicamente não costumam apresentar sintomas e o diagnóstico é acidental em cerca de 75% dos casos. A incidência é discretamente maior no sexo feminino e a abordagem terapêutica é eminentemente cirúrgica, pelo risco de malignização da lesão, ruptura traumática, hemorragia, torção e compressão de estruturas adjacentes. Relato do caso: Relatamos o caso de um paciente com 4 anos de idade apresentando dor abdominal de início súbito sem fatores de melhora ou piora e sem fator desencadeante, negou febre, vômitos, diarreia e alterações urinárias. Relatou já ter passado por atendimento duas vezes anteriormente, devido ao mesmo quadro, sendo medicada, com melhora transitória dos sintomas. De antecedentes pessoais, havia realizado herniorrafia umbilical há 3 meses e negou outras comorbidades prévias. Após exames de imagem sugerindo cistos mesentéricos foi optado por laparotomia exploradora que trasncorreu sem intercorrencias. A paciente evolui bem e teve alta após 48 horas da cirurgia e no seguimento ambulatorial, permaneceu assintomática. O anatomopatologico, confirmou o cisto mesenterico. Discussão: O prognóstico pós-operatório dessa patologia é bom e depende basicamente das comorbidades prévias do paciente e o acompanhamento de recidivas, por meio de exames de imagem, ainda é controverso. Não existe sintomas ou sinais patognomônico do cisto de mesentério. Apesar da baixa incidência relatada na literatura, acredita-se que a frequência dessa lesão, seja subestimada, já que a maioria dos casos é assintomática. Assim com uma etiologia ainda incerta os cistos de mesentério devem ser abordados de maneira correta com retirada das lesões e evitando complicações futuras, a melhor maneira para essa abordagem irá depender da disponibilidade de cada serviço, do desejo e das patologias do paciente e a necessidade de realização de acompanhamento pós-operatório ainda é incerta. .

Palavras-chave: cisto mesentérico; linfagioma; neoplasias abdominais

ID: 112624

Área: CIRURGIA PEDIÁTRICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Juliana Pascon dos Santos / SANTOS, J.P. / FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - UNIMAR; Marcela Amaro de Santana / SANTANA, M.A. / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO - BRAGANÇA PAULISTA SP;

Título: CISTO DERMÓIDE MIMETIZANDO TERATOMA SACROCOCCÍGEO COM CORREÇÃO TARDIA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Os tumores císticos pré-sacrais, são lesões raras, de origem congênita em 70% dos casos. Permanecem assintomáticos na grande maioria das vezes, e podem ser diagnosticados através de exames de rotina ou quando causam compressão local. RELATO DE CASO: S.F.C., masculino, 10 anos, encaminhado ao ambulatório de Cirurgia Pediátrica, com abaulamento sacral desde o nascimento, com crescimento ao longo da infância, e com aumento progressivo no último ano, lhe causando incômodo. Nega sinais flogísticos ou saída de secreção. Ao exame, nodulação interglútea na altura do cóccix, aderida a plano profundo, de consistência amolecida, medindo cerca de 7 cm na superfície, com telangiectasias na pele que recobre a lesão. Toque retal sem anormalidades. US mostrou nódulo retrococcígeo, sem fluxo ao doppler. RNM mostrou lesão heterogênea com plano de clivagem para o cóccix, sem comunicação com o canal medular, aventando a hipótese de teratoma sacrococcígeo. CA-125, BHCG, alfa-feto proteína sem alterações. Submetido à ressecção cirúrgica, com retirada completa da lesão e da extremidade do cóccix, preservando musculatura local. Anatomopatológico evidenciou fístula dermóide congênita com margens livres. Evoluiu de maneira satisfatória no pós-operatório, com seguimento anual. DISCUSSÃO: O espaço pré-sacral é delimitado anteriormente pelo reto e posteriormente pelo sacro e cóccix. O músculo elevador do ânus e os músculos coccígeos formam o limite inferior. O limite superior é a reflexão pélvica do peritônio. Tumores císticos do espaço pré-sacral são de origem congênita, surgindo dos remanescentes do intestino posterior que não regrediram completamente no desenvolvimento fetal. São infrequentes e classificados em epidérmicos, que possuem epitélio escamoso estratificado com queratina, porém sem apêndices cutâneos; cistos dermóides, que apresentam epitélio escamoso e apêndices cutâneos; cistos mucossecretores, revestidos por epitélio colunar de origem endodérmica e os teratomas que contêm pelo menos dois dos três folhetos embrionários e podem apresentar pêlos, ossos e dentes. Podem acometer qualquer faixa etária e a prevalência no sexo feminino é maior. Quando sintomáticos, sua apresentação clínica é variável, estando os sintomas relacionados com o tamanho e localização da lesão. Infecção ocorre em 30% e pode resultar em abscesso ou fístula. Os métodos propedêuticos que auxiliam no diagnóstico definitivo são a TC e a RNM, que avalia melhor a lesão e auxilia no planejamento cirúrgico. A ressecção cirúrgica completa é o tratamento de eleição, com o objetivo de impedir a evolução para hemorragia, malignização, infecção e compressão de raízes nervosas. Mesmo assintomáticos esses cistos devem ser ressecados para não culminar em degeneração maligna e infecção recorrente. Em pacientes com lesões benignas, a sobrevida é de 100%. A taxa de recorrência é próxima de 15%, sendo mais comum entre os teratomas.

Palavras-chave: teratoma sacrococcígeo; cisto dermóide

ID: 112623

Área: CIRURGIA PEDIÁTRICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Juliana Pascon dos Santos / SANTOS, J.P. / FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - UNIMAR; Marcela Amaro de Santana / SANTANA, M.A. / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO - BRAGANÇA PAULISTA SP; Alana Hordane Migliaccio / MIGLIACCIO, A.H. / FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE MARÍLIA - UNIMAR;

Título: FÍSTULA URETRAL APÓS TRAUMA DE PÊNIS ASSOCIADO AO USO DO ELETROCAUTÉRIO MONOPOLAR: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A lesão iatrogênca do trato urinário é uma complicação em potencial. O uso do bisturi elétrico nas proximidades dessas estruturas pode resultar em uma apresentação tardia da lesão. A fistula é a complicação pós-operatória mais comum, em se tratando da uretra. RELATO DE CASO: L.M.R., 5 anos, há 2 anos apresentou ferimento peniano de mecanismo desconhecido. Ao exame físico, coágulo em toda superfície glandar e sangramento ativo na região do freio peniano. Após sedação e bloqueio anestésico peniano, procedeu-se à limpeza da glande e cauterização da artéria frenular, cessando o sangramento. Observado glande fendida com megameato uretral. Evoluiu satisfatoriamente, com jato urinário pelo meato. No 22º PO, mantendo jato urinário forte pelo meato uretral, sem trajeto fistuloso aparente, iniciado Dersani hidrogel® por fibrina na ferida operatória. Após dois anos sem avaliação, paciente retorna, mantendo Dersani hidrogel® por conta. Os pais referem jato urinário forte e dificuldade de higienização do pênis. Ao exame físico, balanite importante, mucosa da região do freio aberta, sem área cruenta. Segue não se deixando examinar. Agendada postectomia. No intraoperatório, à passagem de sonda uretral, observado que a falha na mucosa era uma fístula uretral grande, que os pais nunca notaram, pois não higienizavam e a criança não era colaborativa. Realizada reconstrução uretral seguindo a técnica TIP (tubularized incised plate), sobre tubo uretral siliconizado que, em 10 dias foi sacado. Evoluiu com jato urinário forte pelo meato uretral tópico na glande. DISCUSSÃO: O trauma uretral é raro e pode ocorrer em ambos os sexos, sendo predominante no sexo masculino pela uretra mais longa. A causa mais comum são as lesões iatrogênicas, como sondagem e cirurgias. O bisturi elétrico, frequentemente utilizado nos mais variados procedimentos, é um gerador de corrente de alta frequência que produz calor em contato com os tecidos. Essa corrente aquece a ponta metálica do eletrodo positivo e passa através do corpo do paciente. Se o contato entre o corpo do paciente e a placa dispersiva for regular e homogêneo a corrente que se distribui pela placa será de fraca densidade não causando dano. A uretra anterior é formada pela uretra bulbar e peniana. As lesões de uretra anterior são acompanhadas, na sua grande maioria, por histórico de quedas ou de instrumentação uretral. Na grande maioria dos casos, a uretra anterior é a porção mais acometida, sendo o segmento bulbar o mais lesado, geralmente por compressão brusca contra a sínfise púbica. A uretra anterior também pode ser atingida por lesões penetrantes ou iatrogênicas, além de estar relacionada ao ato sexual (fratura peniana). O trauma uretral, embora raro, é um importante fator de morbidade, se não for corretamente diagnosticado e manejado. A utilização do bisturi elétrico requer que todos estejam familiarizados com seu funcionamento e o posicionamento correto no paciente a fim de evitar lesões.

Palavras-chave: uretra; eletrocautério

ID: 113275

Área: CIRURGIA PEDIÁTRICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Victor Capone Quintana / QUINTANA, V. C. / HOSPITAL MUNICIPAL CÁRMINO CARICCHIO; João Marcelo Matos Pereira de Oliveira / OLIVEIRA, J. M. M. P. / Hospital Municipal Infantil Menino Jesus; Ricardo Antonio Bertacchi Uvo / UVO, R. A. B. / Hospital Municipal Infantil Menino Jesus; Gabriela Lima Valente Coelho / COELHO, G. L. V. / HOSPITAL MUNICIPAL CÁRMINO CARICCHIO; Thiago Garcia Carrasco Oliveira / OLIVEIRA, T. G. C. / HOSPITAL MUNICIPAL CÁRMINO CARICCHIO; Naualy Cunha Alencar / ALENCAR, N. C. / HOSPITAL MUNICIPAL CÁRMINO CARICCHIO; Natallia Meira Gonsalez / GONSALEZ, N. M. / HOSPITAL MUNICIPAL CÁRMINO CARICCHIO; Daiane Ribeiro de Souza / SOUZA, D. R. / HOSPITAL MUNICIPAL CÁRMINO CARICCHIO;

Título: PANCREATITE AGUDA NA INFÂNCIA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE CISTO DE COLÉDOCO - RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Cistos de colédoco são malformações congênitas raras que, segundo a teoria de Babbitt, decorrem de uma falha da migração embriológica na formação dos ductos biliares, ocasionando um ducto colédoco longo com posterior formação cística devido refluxo biliopancreático. Esta patologia é geralmente diagnosticada na infância e possui uma incidência estimada em até 1 caso para cada 1.000.000 de nascidos vivos, porém o maior destaque desta patologia está relacionado com o seu índice de complicação, apresentando uma taxa de até 60%, sendo a malignização a complicação mais temida, correspondendo a até 30% de todos os casos. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 2 anos e 6 meses de idade, sem comorbidades. Admitida em pronto socorro devido quadro de vômitos recorrentes há 7 dias, com piora após ingesta alimentar, associado a dor abdominal há 3 dias e icterícia evidenciada em face há 2 dias. Realizados exames laboratoriais de sangue sendo evidenciado icterícia as custas de bilirrubina direta e submetido paciente a ultrassonografia de abdome total com o achado de dilatação do colédoco associado a dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Submetido então a colangioressônancia, que visualizou imagem cística em toda a extensão do colédoco. Optado por abordagem cirúrgica, confirmando a presença de cisto de colédoco do tipo IA e realizando ressecção completa do cisto e reconstrução biliodigestiva em Y-de-Roux. Paciente evoluiu de forma adequada, sem complicações, recebendo alta em 5º PO com encaminhamento ambulatorial de retorno em 1 semana. DISCUSSÃO: Os cistos de colédoco são patologias raras que possuem uma clínica clássica descrita em literatura como composta por dor abdominal, icterícia e massa palpável em hipocôndrio direito, no entanto sua apresentação em forma de tríade é rara, podendo sua apresentação tornar-se evidente apenas após alguma complicação ou então ocorrendo com algum sintoma único, sendo a dor abdominal o sintoma mais encontrado. Esse seria o exemplo do caso descrito, em que paciente inicialmente foi admitido no pronto socorro com queixa de dor abdominal e vômitos, que pode ser atribuída a um quadro de pancreatite aguda, possuindo similaridade com os dados informados na literatura médica que demonstram até 37% das apresentações como decorrência de pancreatite aguda. No entanto, por se tratar de uma patologia rara e que corresponde somente a 5% dos casos de pancreatite aguda na infância, há importância em sua descrição para alertar o ambiente médico-cientifico para este tipo de patologia, a qual apresenta uma taxa de até 30% de transformação maligna, que pode ser estimada em nula caso realizado o tratamento de forma precoce, antes dos 10 anos de idade.

Palavras-chave:

ID: 112460

Área: CIRURGIA PEDIÁTRICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gustavo Reviglio Soncini / Soncini, G. R. / Beneficência Portuguesa; Sauro Bagnaresi Junior / Junior, S. B. / Beneficência Portuguesa; Luciane Bastos Fernandes de Oliveira / Oliveira, L. B. F. / Beneficência Portuguesa; Nicole Camargo Sega / Sega, N. C. / Beneficência Portuguesa;

Título: RELATO DE CASO: SCHWANNOMA RETROPERITONEAL EM CONTATO COM VEIA CAVA INFERIOR EM FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA

INTRODUÇÃO Schwannomas são tumores que se originam das células de Schwann, presentes na bainha nervosa dos nervos periféricos. Eles são comumente vistos em áreas de cabeça, pescoço e extremidades, entre a 3 e 6ª década de vida. Schwannomas na cavidade abdominal são raros, sendo aproximadamente 0,3-3% no retroperitôneo. Em sua maioria benignos e raramente malignizam. Os exames complementares de imagem podem auxiliar no diagnóstico pré-operatório, porém não são conclusivos. Sendo o melhor método diagnóstico a anatomia patológica do tumor. Neste relato, discutimos um caso de uma paciente com Schwannoma retroperitoneal em contato com a veia cava inferior sem plano de clivagem, sendo submetida a laparotomia exploradora para confirmação do diagnóstico e tratamento. RELATO DE CASO Paciente gênero feminino, 15 anos, previamente hígida, deu entrada no hospital referindo dor abdominal persistente há 30 dias, associada a perda de peso não quantificada. Evoluindo com náuseas, vômitos, inapetência, queda do estado geral e com piora da dor à deambulação em região lombosacral há 3 dias. Durante investigação diagnóstica, foi observado em Tomografia Computadorizada formação nodular retroperitoneal ao nível de L3 à direita, em situação postero-lateral ao segmento infrarrenal da veia cava inferior, mantendo ampla base de contato e sem planos de clivagem com a mesma, deslocando-a anteriomente, medindo 2,7 x 2,7 x 3,3 cm (LL x AP x CC), sendo que lateralmente mantém contato com a veia gonadal, com aparente plano de clivagem. Após discussão multidisciplinar, a conduta de escolha foi realizar laparotomia exploradora. A cirurgia foi iniciada com incisão longitudinal xifo-pubica, seguida da abertura por planos até cavidade abdominal; realizada manobra de Kocher, com acesso amplo ao retroperitônio; visualizada tumoração, de consistência endurecida, bordos planos e regulares, de coloração acinzentada, de localização junto a veia cava inferior infrarrenal em íntimo contato, em contato com renal direita, veia gonadal e ureter (com planos de clivagem); realizada ligadura das lombares e liberação do tumor; entregue peça ao patologista, que em processo de congelação diagnosticou Schwannoma benigno; revisada hemostasia e fechamento por planos. DISCUSSÃO Os pacientes geralmente são assintomáticos. O diagnóstico é feito quando a massa cresce para um tamanho significativo e apresenta sintomas inespecíficos ou obstrutivos ou durante a imagem radiográfica para sintomas não relacionados. O diagnóstico pré-operatório em schwannomas retroperitoneais é desafiador porque as características de imagem geralmente são inespecíficas e a biópsia é a única técnica diagnóstica. Nem sempre é possível realizar biópsia guiada por radiointervenção, a depender da localização do tumor, como no caso descrito, por exemplo. A biópsia quase confirma o diagnóstico, mas apenas se a amostra contiver células de Schwann suficientes para visualização microscópica. A cirurgia é o único tratamento curativo.

Palavras-chave: schwannoma; tumor retroperitoneal; cirurgia pediátrica

ID: 113561

Área: CIRURGIA PEDIÁTRICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Oriane da Silva Pimenta / Pimenta, O. S. / HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS ; Livia Bagodi Missura / Missura, L. B. / Universidade José do Rosário Vellano; Julia Dayrell Beretens / Beretens, J. D. / Universidade José do Rosário Vellano; João Augusto Casagrande / Casagrande, J.A. / Universidade José do Rosário Vellano; Karem Yapuck Pereira de Almeida / Almeida, K,Y. P. / HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS; Samuel Nuno Pereira Lima / Lima, S. N. P. / HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS; Barbara Mendes Haddad / Haddad, B. M. / HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS; Nilo Parreira Junior / Junior, N. P. / HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS;

Título: TRICOBEZOAR GÁSTRICO GIGANTE EM PACIENTE PEDIÁTRICO

INTRODUÇÃO: Tricobezoar é uma condição clínica caracterizada pelo acúmulo de fragmentos de fios de cabelo ingeridos com restos alimentares no trato gastrointestinal. A formação do bezoar, normalmente, acomete os adolescentes, sendo incomuns em faixas etárias mais novas e relaciona-se com a tricotilomania e a tricofagia, desordens psicológicas classificadas como obsessivas-compulsivas relatada na DSM-5. O diagnóstico dessa condição fundamenta-se no estudo endoscópico e radiológico além do estudo da anamnese de queixas digestivas associadas a quadros de alopecia. Seu tratamento relaciona com a desobstrução, a partir da retirada dos fragmentos e associada à abordagem psíquica da desordem psicológica. Apresentamos um caso de tricobezoar gástrico gigante em um paciente pediátrico. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 6 anos de idade, portadora de tricotilomania evidenciada pela mãe, sem confirmação diagnóstica e/ou acompanhamento psicológico, realizava o hábito de tricofagia, principalmente, em períodos noturnos e não presenciados pelos pais. Nos últimos anos, apresentando redução do apetite, baixo ganho ponderal e nos últimos meses notando-se surgimento de abaulamento em região epigástrica. Iniciou investigação clínica e em tomografia de abdome observou-se bezoar em região gástrica e porção proximal de duodeno, causando importante distensão, necessitando de intervenção cirúrgica. Realizado laparotomia exploradora com gastrotomia em grande curvatura na face anterior e feita exérese de corpo estranho de, aproximadamente, 700 gramas. Apresentava mucosa gástrica íntegra e sem lesões. Em seguida, gastrorrafia em dois planos e passagem de sonda nasogástrica fixada sob visualização intraoperatória. Permaneceu na UTI por 3 dias apresentando boa evolução, retirado sonda nasogástrica no 4° dia pós operatório e a paciente recebeu alta hospitalar com boa aceitação de dieta pastosa via oral após 4 dias na enfermaria. Durante o período de internação, passou por atendimento psicológico e psiquiátrico, iniciou tratamento com sertralina e foi encaminhada para seguimento ambulatorial. DISCUSSÃO: Tricobenzoar é uma condição que acomete cerca de 90% em doentes do sexo feminino com idade inferior aos 20 anos. A clínica nesses casos, se relaciona com o volume do bezoar, poder elástico gástrico e surgimento de eventuais complicações. A propedêutica frente ao caso deve focar também nos conflitos psicológicos e o contexto familiar, pois são fatores desencadeantes de transtornos psiquiátricos como a tricotilomania e a tricofagia. As teorias de acordo com as percepções psicanalíticas, associam que o ato de arrancar cabelo consiste na expressão de conflitos do inconsciente, sendo necessário a abordagem multidisciplinar nesses casos. E ao nível de resolução do quadro obstrutivo, faz-se necessário abordagem cirúrgica para tricobezoares volumosos, sendo à via gastrotomia o método de eleição.

Palavras-chave: tricobezoar; gástrico ; pediatrico

ID: 113397

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Juliana de Souza Ferreira / Ferreira, J.S. / Hospital Heliópolis; Bernardo Fontel Pompeu / P,B.F. / Hospital Heliópolis; Maria Carolina Sampaio Vidal de Andrade Coutinho / C,M.C.S.V.A. / Hospital Heliópolis; Luis Fernando Paes Leme / L,L.F.P. / Hospital Heliópolis;

Título: É POSSÍVEL CIRURGIA CONSERVADORA PARA MELANOMA ACRAL: RELATO DE DOIS CASOS

Introdução: Os melanomas acrais são um desafio aos cirurgiões oncológicos e plásticos do ponto de vista da ressecção oncológica, bem como da reconstrução dos defeitos cirúrgicos, demandando, em sua maioria, abordagem radical com amputação do dedo acometido. No entanto, a cirurgia conservadora tem se apresentado cada vez mais como opção viável em casos selecionados, possibilitando a preservação e funcionalidade do membro. Relato do caso 1: Mulher, 37 anos, parda, com de lesão pigmentada em 1° quirodáctilo direito (QDD). Ao exame físico, presença de melanoníquia em 1°QDD com assimetria de espessura e variabilidade de cor. Ausência de linfondomegalias palpáveis ao exame. Realizada biópsia excisional de leito ungueal com o seguinte resultado de melanoma acral lentiginoso, in situ, medindo cerca de 0,6 e margens cirúrgicas laterais livres de acometimento neoplásico ao estudo anatomopatológico. Estadiamento de doença com tomografia de tórax, ultrassonografia de abdome total e região axilar sem evidências de lesões à distância. Paciente submetida a tratamento cirúrgico com ressecção ampla da lesão e reconstrução do defeito cirúrgico com enxerto total cutâneo de região supra clavicular direita. Relato de caso 2: Mulher, 41 anos, branca, com diagnóstico de melanoma região acral direito interdigital, entre 3° e 4° quirodáctilos. Diagnóstico anatomopatológico de melanoma invasivo nodular medindo 0,7x 0,6 cm, índice de Breslow de 6 mm. Ao exame físico, lesão cicatricial de 1.5 cm em região interdigital entre 3º e 4º quirodáctilos, ausência de linfonodomegalias. Exames de estadiamento não identificaram sinais de metástases à distância. Optado pela equipe da cirurgia geral e da cirurgia plástica pela ampliação de margens de melanoma com biópsia do linfonodo sentinela axilar e tentativa de preservação do 3º e 4º quirodáctilos com reconstrução no mesmo ato. Paciente submetida a reconstrução com retalho cross-finger e retalho em bandeira. Ao exame anatomopatológico ausência de neoplasia residual, margens cirúrgicas de 2,0 cm e linfonodo sentinela negativo, estádio patológico IIb. Após 6 meses, com cicatrização completa e bom aspecto do retalho, em vigência de fisioterapia, mantendo funcionalidade da mão direita. Discussão: O tratamento do melanoma acral é um desafio para os cirurgiões. Essas neoplasias apresentam pior prognóstico pois, em geral, são diagnosticadas em estágios mais avançados. Nessas situações, as lesões digitais, interdigitais e subungueais, frequentemente são tratadas com amputação. Já os melanomas in situ, principalmente, os subungueais são aqueles que podem ser manejados mais conservadoramente. Mesmo no caso do melanoma espesso interdigital, onde poderia ser cogitado uma amputação em raio, a tentativa de manutenção dos dedos, obedecendo preceitos oncológicos de ressecabilidade, apresentou-se como uma opção acertada e factível, permitindo melhores resultados estéticos e funcionais em relação à cirurgia radical.

Palavras-chave: melanoma acral; cirurgia conservadora; cirurgia funcional

ID: 113387

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Isabella Cubas Pinto / Pinto, I.C / Centro Universitário São Camilo; Bruno Amantini Messias / Messias, B.A / Hospital Geral de Carapicuiba; Nicole Compagnoni Gallina / Gallina, N.C / Hospital Geral de Carapicuiba; Erica Rossi Mocchetti / Mocchetti, E.R / Hospital Geral de Carapicuiba; Tania Marcela Sandoval Ichinose / Ichionose, T.M.S / Hospital Geral de Carapicuiba; Jaques Wasberg / Wasberg, J / Hospital do Servidor Publico Estadual;

Título: HERNIA LOMBAR DIAGNOSTICADA NO INTRA-OPERATORIO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO A hérnia lombar foi sugerida pela primeira vez em 1672 por Barbette e a primeira publicação por Garangeot em 1731.A hérnia lombar é definida pela profusão de conteúdo intra peritoneal ou extraperitoneal por áreas de fragilidade da parede lombar: o triângulo lombar superior (Grynfeltt-Lesshaft) , limitado pela 12ª costela e pelo músculo serrátil inferior superiormente, lateralmente pela borda do músculo oblíquo interno e medialmente pela borda do músculo eretor da coluna vertebral e o lombar inferior (Petit) que tem como limite anatômico a crista ilíaca inferiormente, a borda do músculo oblíquo externo lateralmente e medialmente a borda do músculo grande dorsal. Normalmente elas são mais comuns em homens de meia idade e a hérnia de Pétit é ainda mais rara que a de Grynfeltt-Lesshaft. A apresentação clínica habitualmente é referida como abaulamento da região lombar, redutível, podendo estar associada a diversos níveis de dor. RELATO DE CASO Paciente feminino de 69 anos, doméstica, vem ao ambulatório da cirurgia plástica queixando-se de abaulamento em região lombar inferior ,com crescimento progressivo, há aproximadamente 3 anos, associada a dor local que não limitava as atividades. Negava fator de piora ou melhora. Ao exame, verificava-se massa não redutível de aproximadamente 4 cm com caracterizavas sugestivas de lipoma. Trazia um USG de partes moles que apresentava nódulos sólidos de contornos regulares, isoecogênicos em relação ao tecido adiposo medindo 8,7 x 7,0 x 3,6 cm na região lombar direita, situadas em meio a camada adiposa subcutânea, concluído a hipótese de lesão lipomatosa. Optado por abordagem cirúrgica com anestesia local. Realizada incisão transversal e visualizado protrusão de saco herniário com conteúdo epiploico pelo triângulo lombar inferior. Optado por redução de conteúdo, fechamento de defeito com aproximação dos músculos e colocação de tela de polipropileno Onlay e dreno Port-Vac 4.8 em subcutâneo. DISCUSSÃO As hérnias lombares são incomuns e os diagnósticos diferenciais incluem: abscesso, lipomas, hematomas, fibromas e tumores renais. Por esse motivo, massas em regiões lombares devem ser melhor estudadas com anamnese, exame físico e exames de imagem adequados para diagnóstico ou exclusão desta patologia para uma abordagem cirúrgica adequada. Atualmente é preferível a abordagem laparoscópica pré-peritoneal pois resulta em um tempo de internação hospitalar significativamente menor; retorno mais precoce à atividade, menor consumo de analgésicos e menos dor nos 1 e 6 meses de pós-operatório segundo Moreno-Egea. A técnica anterior deve preferencialmente ser utilizada para hérnias de grande tamanho ou complicadas (encarceradas ou estranguladas). Em suma, apesar de ser um diagnóstico raro e de exclusão os especialistas devem se atentar ao quadro clínico compatível com hérnias lombares para melhor preparo peri operatório, como neste relato no qual a solicitação de uma tomografia seria fundamental.

Palavras-chave: hernia; lombar; cirurgia

ID: 112436

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruna Bertechine Gonzalez Mayeda / MAYEDA, B. B. G. / Hospital Estadual Vila Alpina ; Mario Luiz Quintas / QUINTAS, M. L. / Hospital Estadual Vila Alpina; Alexandre Augusto Pinto Cardoso / CARDOSO, A. A. P. / Hospital Estadual Vila Alpina;

Título: INFECÇÕES GRAVES DE PARTES MOLES: RELATO DE CASO DE FASCIÍTE NECROSANTE EM DORSO.

INTRODUÇÃO: A fasciíte necrosante faz parte do grupo das Infecções Necrotizantes de Tecidos Moles, caracterizadas por rápida destruição tecidual, sinais sistêmicos de sepse e alta taxa de mortalidade. Acomete desde a pele até a fáscia muscular superficial, podendo ter etiologia poli ou monomicrobiana. Estão associados diversos fatores de risco, sendo o mais importante a presença de diabetes mellitus, mas também obesidade, alcoolismo crônico e imunodepressão. Este relato tem como objetivo descrever um caso de fasciíte necrosante em dorso, com atenção para os fatores de risco combinados e rápida evolução clínica. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 47 anos, encaminhada de serviço externo para avaliação, referindo há duas semanas aparecimento de lesão puntiforme, avermelhada e endurecida em região dorsal interescapular. Notou piora da lesão com surgimento de necrose central, que evoluiu com acometimento progressivo da pele adjacente. Possuía como comorbidades diabetes insulino dependente, com mau controle glicêmico, sem acompanhamento regular e obesidade grau IV que cursou com redução da mobilidade e permanência prolongada em decúbito dorsal. Relatava cirurgia prévia para desbridamento de fasciíte necrosante em região glútea há cerca de um ano neste mesmo serviço. Exame Físico: Mau estado geral, pressão arterial de 148 x 46 mmHg às custas de noradrenalina simples 0,1 mcg/kg/min, frequência cardíaca de 84 bpm e temperatura de 36,4ºC. Dorso apresentando lesões necróticas desde a região interescapular até faces laterais de mamas direita e esquerda, com crepitação ao toque e hiperemia perilesional. Tempo de enchimento capilar maior que 3 segundos, extremidades frias e pegajosas Hipótese Diagnóstica: Fasciíte Necrosante. Conduta: Iniciada antibioticoterapia com piperacilina- tazobactam e solicitados exames laboratoriais que demonstraram leucocitose com desvio à esquerda, alargamento de INR, PCR aumentado e lactato três vezes o limite superior da normalidade. Foi encaminhada ao centro cirúrgico após 3h da admissão, sendo realizado desbridamento extenso da lesão e coleta de material para cultura. Evolução: Paciente permaneceu entubada, em leito de terapia intensiva, com necessidade de doses crescentes de droga vasoativa, evoluindo para óbito 8 horas após abordagem cirúrgica devido a choque séptico. DISCUSSÃO: O rápido reconhecimento e abordagem cirúrgica são descritos como os principais fatores associados ao bom prognóstico da fasciíte necrosante. Em contraponto, os fatores associados à alta mortalidade são o tempo aumentado entre a admissão hospitalar e o desbridamento, maior área corporal envolvida, número de comorbidades e idade do paciente. Este relato demonstra um caso de fasciíte necrosante com fatores de risco clássicos associados à lesão por pressão que evoluiu para necrose em região pouco comum de dorso. Também chama atenção para a alta morbimortalidade da patologia se não identificada e tratada prontamente.

Palavras-chave: Infecções de Partes Moles; Fasciíte Necrosante; Desbridamento Cirúrgico

ID: 112493

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Laura Valmon de Oliveira / Oliveira, L. V. / UFJF; Lara Machado de Oliveira Brügger / Brugger, L. M. O. / UFJF; Amanda Helena Novaes Saldanha Ruy de Almeida / Almeida, A. H. N. S. R. / UFJF; Isabella Maria de Barros Valente / Valente, I. M. B. / UFJF; Maria Luísa Bezerra Moreira / Moreira, M. L. B. / UFJF; Izadora Lorena Ferreira Reis / Reis, I. L. F. / UFJF; Evelyne Gabriela Schmaltz Chaves Marques / Marques, E. G. S. C. / UFJF;

Título: LOBULOPLASTIA REDUTORA COM A MODIFICAÇÃO TÉCNICA DO RETALHO SUB-ANTITRAGAL ASSOCIADA À OTOPLASTIA

Introdução Embora o lóbulo auricular represente uma área proporcionalmente pequena e pouco evidente da face, suas deformidades são esteticamente incômodas. As deformidades de etiologia congênita são raras, atingindo 1:1500 nascimentos, enquanto as deformidades adquiridas são mais frequentes, geralmente decorrentes de traumas, cirurgias, uso de brincos e do próprio envelhecimento. Diversas técnicas cirúrgicas foram descritas na literatura com o objetivo de melhorar o formato e reduzir as dimensões dos lóbulos, tratando assim as condições de ptose e hipertrofia. Não há consenso em relação à melhor técnica. Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 32 anos, com queixa principal de lóbulos auriculares grandes e orelhas em abano leve. Ao exame físico apresentava lóbulos auriculares hipertróficos e discretamente assimétricos, com ptose grau II (Mowlavi) e leve aumento do ângulo cefaloauricular. Foi indicada então a lobuloplastia redutora através da técnica do retalho sub-antitragal modificada, associada à otoplastia bilateral. A marcação foi realizada traçando-se uma linha ao longo da otobase. Em seguida, traçamos uma linha curvilínea no sulco sub-antitragal até que atingir uma distância mínima de um centímetro da borda do lóbulo. A terceira linha foi desenhada paralela à borda livre do lóbulo até sua intersecção com uma linha imaginária perpendicular, que passaria pelo subauriculo. Esta é a modificação que propusemos em relação à técnica original descrita por Putt e Colpaert, que descrevem a terceira marcação como sendo exatamente do mesmo tamanho que a realizada no sulco subantitragal. Pela descrição técnica original não conseguiríamos excisar de forma efetiva o excedente tecidual. A quarta marcação conecta a terceira marcação à borda lateral livre do lóbulo. O procedimento foi realizado sob sedação e anestesia local (solução de lidocaína e adrenalina 1:200.000). Iniciamos o procedimento com a otoplastia a Furnas. Em seguida, procedemos à excisão da área pré-marcada do lóbulo auricular, avançando o retalho lobular em sentido anterior e suturando-o à otobase com pontos simples de nylon 5.0. Finalizamos com o curativo à base de neomicina-bacitracina e enfaixamento. Paciente evoluiu sem intercorrências e satisfeito com o resultado. Cicatrizes finas, bem posicionadas e simetria adequada. Discussão Apesar de suas pequenas dimensões, o lóbulo representa um elemento importante na estética facial. Suas deformidades não podem ser ignoradas, especialmente ao se programar uma otoplastia, visto que suas características interferem significativamente no resultado final do procedimento. A lobuloplastia redutora com a modificação técnica do retalho sub-antitragal associada ou não à otoplastia é um procedimento rápido, seguro, que resulta em cicatrizes bem posicionadas, preserva o contorno lobular e oferece versatilidade em relação ao porte da ressecção de tecido lobular em cada orelha, conforme a necessidade de cada paciente.

Palavras-chave: Lobuloplastia; lobulo; otoplastia

ID: 113531

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Leonardo Jorge Monteiro Ferreira / Ferreira, L. J. / UNIFAMINAS; Fellype Matos Do Prado / Prado, F. M. / UNIFAMINAS; Ingrid Sagrillo / Sagrillo, I. / UNIFAMINAS; Ricardo de Almeida Campos / Campos, R. A. / UNIFAA;

Título: SÍNDROME DE FOURNIER: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO A Síndrome de Founier é uma fasciíte necrosante da região perineal e/ou genitália, com gangrena de rápida evolução e de etiologia polimicrobiana. Acomete mais o sexo masculino, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, sendo mais prevalente após os 50 anos. A endarterite obliterante é caracterizada como fator inicial, a qual evolui para uma isquemia e trombose dos vasos, dificultando a passagem de oxigênio e nutrientes ao tecido, culminando em necrose. Manifesta-se inicialmente com dor ou prurido na região genito-perineal, acompanhada de febre alta, mal-estar geral, edema local, crepitação e saída de secreção purulenta. Pode evoluir com sepse, falência de múltiplos órgãos e morte. Requer diagnóstico precoce e intervenção adequada para diminuir as taxas de mortalidade. RELATO DE CASO Homem, 40 anos, etilista e tabagista, sem comorbidades prévias, proveniente do pronto socorro com quadro de dor em bolsa escrotal de início há 2 semanas, com inflamação em região perineal e progressão para testículos. Ao exame físico, apresenta-se com ferida perineal suja, secretiva, odor fétido, com exposição de testículos bilateral. Iniciado antibioticoterapia e realizado debridamento de tecido desvitalizado com perda cutânea e exposição testicular. Reabordado para drenagem de abscesso pélvico, de bolsa escrotal e anorretal, e confecção de colostomia em alça de cólon sigmoide. Iniciou-se sessões de terapia em câmara hiperbárica e, posteriormente, reconstrução de bolsa escrotal e períneo. No ato cirúrgico, realizou-se o debridamento de áreas desvitalizadas previamente acometidas pela fasciíte, além de elaboração de retalho fasciocutâneo medial de coxa bilateralmente e plástica de bolsa escrotal. Paciente seguiu tratamento em oxigenioterapia hiperbárica, com boa resposta. DISCUSSÃO Diante da necessidade de intervenção cirúrgica, foi programada a reconstrução da bolsa escrotal com retalho miofasciocutâneo supero-medial de coxa bilateralmente. Após o ato cirúrgico concomitantemente com oxigenoterapia em câmara hiperbárica, o paciente apresentou boa evolução e melhora do quadro inicial, justificando uma abordagem precoce e resolutiva. Podemos perceber que a fasceíte necrotizante se trata de um grande desafio para o cirurgião, devido ao envolvimento de questões estéticas, funcionais e psicológicas ao paciente. Dessa forma, mostra-se a importância de um cuidado pós-operatório adequado, para favorecer uma boa cicatrização e evitar complicações locais, como deiscência, edema e seroma. Além disso a cirurgia de reconstrução visa utilizar um retalho seguro, com o objetivo de preservar ao máximo a integridade da área recoberta, a sensibilidade local e a capacidade funcional da região perineal e genital, causando mínimas sequelas ao paciente.

Palavras-chave: Sindrome de Fournier; Fasciíte Necrosante; Retalhos Cirúrgicos

ID: 112431

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marina Cenachi Azedo de Oliveira / Oliveira, M. C. A. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Evelyne Gabriela Schmaltz Chaves Marques / Marques, E. G. S. C. / HU-UFJF - Hospital Universitário da UFJF; Izadora Lorena Ferreira Reis / Reis, I. L. F. / HU-UFJF - Hospital Universitário da UFJF; Alessandra Cunha Machado / Machado, A. C. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Ariane Vilela Martins / Martins, A. V. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Bárbara Souto Villela / Villela, B. S. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Betânia Nogueira da Silva / Silva, B. N. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Larissa Silva Leitão Daroda / Daroda, L. S. L. / HU-UFJF - Hospital Universitário da UFJF;

Título: TUMOR TRIQUILEMAL PROLIFERANTE VOLUMOSO DE COURO CABELUDO RELATO DE CASO

Introdução Tumor triquilemal proliferante é uma neoplasia anexial epidérmica rara que se desenvolve a partir de lesões císticas foliculares. Acomete com maior frequência o couro cabeludo, manifestando-se como tumoração solitária em mulheres idosas. Ao atingir grandes dimensões, sua ressecção pode resultar em grandes defeitos do couro cabeludo, tornando sua reconstrução um desafio para o cirurgião. Relato de Caso Paciente do sexo feminino, 87 anos, com relato de tumoração em couro cabeludo há 2 anos e crescimento rapidamente progressivo nos últimos dois meses. Dizia ter observado surgimento recente de ulceração no centro da lesão com drenagem de secreção espessa e sanguinolenta. Portadora de acentuada cifoescoliose, negava outras comorbidades, uso de medicações, tabagismo ou antecedentes oncológicos. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, com tumoração cística volumosa parieto-occipital em couro cabeludo, medindo 9 x 6cm, com ulceração central evidenciando focos de necrose. Sem linfadenomegalias. Solicitamos então tomografia de crânio que evidenciou nodulação centrada no couro cabeludo na região parieto-occipital direita, em íntimo contato com a calota óssea, porém sem sinais de invasão ou erosão da mesma, heterogênea, com densidade de partes moles e algumas calcificações de permeio, sugestiva de cisto triquilemal proliferante. Realizada ressecção tumoral sob anestesia geral, margens de 1cm e plano profundo supra-periostal. Para fechamento do extenso defeito do couro cabeludo, foi realizado triplo retalho romboide associado a enxertia cutânea para cobertura das áreas cruentas residuais. O exame anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de tumor triquilemal proliferante, com atipia citológica moderada, arquitetura expansiva e focos de invasão dérmica, sem invasão vascular ou perineural e margens cirúrgicas livres. Paciente evoluiu bem, com viabilidade satisfatória dos retalhos e integração total do enxerto cutâneo. Mantém-se em acompanhamento clínico ambulatorial. Discussão O tumor triquilemal proliferante é uma lesão incomum, desenvolvida a partir do istmo folicular. Apresenta como principal diagnóstico diferencial o carcinoma espinocelular e exibe como característica a capacidade de crescer rapidamente em determinado período de sua evolução e/ou sofrer transformação para tumor triquilemal proliferante maligno. Possui comportamento histológico heterogêneo e sua capacidade de crescimento rápido e expansivo pode resultar em lesões extensas exigindo minucioso planejamento cirúrgico. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica com margens de 1cm e acompanhamento clínico pós-operatório prolongado diante do risco de recorrência local.

Palavras-chave: Cistos; Couro Cabeludo; Neoplasias

ID: 113548

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Amanda Baptistella / Amanda Baptistella / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Rafael Baptistella / Baptistella, R. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COM FÍSTULA AORTO-CAVA

Introdução: A fístula aorto-cava, primeiramente descrita por Syme em 1831, é uma complicação muito rara e associada a alta taxa de morbidade. A grande maioria dos casos (80% a 92%) resulta da erosão ou ruptura de aneurismas de aorta abdominal para a veia cava inferior (incidência de 1% a 6% nos aneurismas complicados). A apresentação clínica inclui massa abdominal pulsátil associada à frêmito, insuficiência cardíaca direita com sinais de hipertensão venosa. Menos frequentemente, pode haver estase jugular, derrame pleural, hepatomegalia, dispnéia, ascite, hematúria e, raramente, embolia pulmonar paradoxal devido a passagem de trombo mural do aneurisma para a veia cava. Relato de caso: Paciente masculino, 62 anos, deu entrada no pronto socorro referindo dor abdominal há uma semana. Estável hemodinamicamente, hipertenso controlado, cardiopata isquêmico, com histórico de realização de três cateterismos terapêuticos, tabagista ativo 75 anos/maço, pós-operatório recente de 5 meses de revascularização miocárdica com correção de aneurisma de aorta ascendente. Foi submetido a tomografia computadorizada de urgência, com visualização de fístula aorto-cava de baixo débito, aneurisma fusiforme da aorta abdominal infrarrenal, com extensão de 10,5 cm até a bifurcação ilíaca com maior calibre de 6 cm e presença de trombo mural. Na porção póstero lateral direita apresentava ulceração do trombo mural, com comunicação entre o aneurisma aórtico e a veia cava inferior. O paciente foi então submetido a cirurgia eletiva, com compressão da veia cava inferior proximal e distal para controle do sangramento venoso para o saco aneurismático. Ainda no intraoperatório, foi identificado o local da fístula e feita a rafia do orifício. Realizado endoaneurismorrafia aortobifemoral com boa evolução clínica e alta hospitalar no sétimo dia pós-operatório. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial há 9 meses sem complicações. Discussão: A fístula da aorta para veia cava inferior é um evento com alto potencial de gravidade, porém rara. A sintomatologia está principalmente relacionada à adaptação do corpo às variações hemodinâmicas, à velocidade de instalação da FAC e ao débito da fístula, que se for de grande volume pode cursar com descompensação hemodinâmica. O diagnóstico prévio de aneurisma de aorta abdominal pode ajudar a hipótese diagnóstica da fístula. Em geral, a cirurgia endovascular tem apresentado bons resultados nesse tipo de complicação, entretanto, a cirurgia aberta continua sendo a principal opção terapêutica de vários centros que não possuem credenciamento endovascular.

Palavras-chave: Aneurisma; Aorta abdominal; Fístula aorto-cava

ID: 113523

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Hospital PUC-Campinas; Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M.J.S / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A,B / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I.H.S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina Cabral Junqueira Emboaba / Emboaba, A.C.C.J. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T.S.G. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Junior, O.C. / Hospital PUC-Campinas;

Título: ANEURISMA GIGANTE DE ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL

INTRODUÇÃO: Aneurismas representam abaulamento da área do vaso sanguíneo enfraquecido, como resultado da degeneração cística medial. A chance de ruptura dos aneurismas aumenta com o tempo, resultando em sangramento e morte. O aneurisma verdadeiro de artéria femoral superficial é uma alteração rara e com maior incidência em homens idosos. Essa patologia geralmente vem acompanhada por outros aneurismas periféricos ou aórticos, sendo necessário um rastreio quando diagnosticada. Seu diagnóstico tardio é atribuído por se apresentar em um trajeto anatômico envolto por músculos circunscritos, passando despercebidos até atingirem um diâmetro considerável ou se tornarem sintomáticos, a partir da apresentações como trombose, embolização distal ou, mais raramente, rotura, porém, eventualmente podem apresentar-se com massa pulsátil devido a seu tamanho, apresentando sintomas como dor devido à compressão de outras estruturas. Devido à alta gravidade e incidência de complicações , assim que diagnosticado, o tratamento, que consiste na ressecção e a revascularização, devem ser realizadas. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino com 76 anos de idade apresentava história de uma massa pulsátil com crescimento progressivo há dois anos. No momento, queixava-se de dor importante no local, sem presença de sinais flogísticos e claudicação de membros inferiores. Submetida a exames de imagem foi comprovado o diagnóstico de aneurisma gigante de artéria femoral superficial de aproximadamente 11,3 cm de diâmetro, além de um aneurisma de aorta abdominal e aneurisma de artérias ilíacas. Paciente foi internada e submetida à ressecção do saco aneurismático com boa evolução. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO:O aneurisma verdadeiro de artéria femoral superficial é uma localização incomum e quando diagnosticado, deve ser investigados outros tipos de aneurismas ainda assintomáticos. O tratamento é cirúrgico através da ressecção do saco aneurismático e revascularização em ponte, com veia ou prótese, o qual deve ser realizado imediatamente após o diagnóstico para se evitar complicações como oclusão arterial aguda, por trombose, embolia distal ou rotura. Além disso, o aneurisma pode tornar-se gigante se não for diagnosticado e tratado precocemente, podendo apresentar sintomas como dor devido à compressão de estruturas adjacentes.

Palavras-chave: ANEURISMA DE ARTÉRIA FEMORAL SUPERFICIAL; ANEURISMA DE AORTA; ANEURISMA PERIFERICOS

ID: 113544

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Amanda Baptistella / Amanda Baptistella / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M. J. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: ANGIOEMBOLIZAÇÃO DE ARTÉRIA GASTRODUODENAL APÓS HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Introdução: Em 1953, Ivan Seldinger descreveu pela primeira vez a técnica de cateterização arterial percutânea através de um fio guia, inicialmente, apenas para fins diagnósticos. Posteriormente em 1959, Rastelli e Margulis demonstraram o extravasamento de contraste para o lúmen do trato gastrointestinal em doentes com hemorragia digestiva ativa. Em 1972, Rosch, Dotter e Brown realizaram a primeira embolização de uma artéria (gastroepiplóica) utilizando um coágulo sanguíneo autólogo. Cada vez mais a radiointervenção vascular vem sendo utilizada como tratamento de escolha em casos de hemorragia digestiva aguda em intestino delgado e cólon. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 68 anos, compareceu ao serviço devido a hemorragia digestiva alta (HDA) exteriorizada por melena, estável hemodinamicamente. Referiu primeiro episódio de HDA há 2 anos, quando iniciou investigação endoscópica, com diagnóstico de angiectasia em bulbo duodenal. Realizada endoscopia com visualização de 3 clipes hemostáticos prévios e área de sangramento com colocação de mais 2 clipes hemostáticos. O paciente apresentou queda hematimétrica e melena, sendo optado por tratamento endovascular. Na cateterização seletiva de artéria gastroduodenal com microcateter headway e microguia traxcess, visualizado blush junto a artéria gastroduodenal; e posterior embolização por micromolas de destaque controlado. Angiografia de controle sem blush. Após dois dias, foi submetido a endoscopia de controle, sem sangramento. O paciente recebeu alta hospitalar 3 dias após o procedimento, com discreta melena residual e com controle hematimétrico adequado, em acompanhamento ambulatorial. Discussão: A angioembolização nos casos de hemorragia digestiva alta é viável nos casos de angiografia a partir do débito de 0,5ml/min na angiografia seletiva ou 6ml/min no aortograma. No caso apresentado, foi optado pelo uso de molas, por ser uma opção efetiva para oclusão mecânica e permanente. Dentre as complicações maiores, descritas em menos de 2% dos casos, temos a necrose intestinal, formação de fístulas entéricas e vasculares, trombose de artéria femoral e sepse. Já dentre as complicações menores, tem-se dor abdominal, alteração de hábitos intestinais, necessidade de transfusões adicionais e a mais frequente, a isquemia subclínica e autolimitada da mucosa intestinal. A angioembolização apresenta-se como uma opção terapêutica segura e efetiva com complicações mais comuns geralmente de apresentação subclínica. Desta forma, cada vez mais vem sendo o tratamento de escolha para hemorragias de trato gastrointestinal, com baixos índices de complicações.

Palavras-chave: Angioembolização; Hemorragia digestiva alta; Oclusão mecânica

ID: 113537

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M. J. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C. Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: CIRURGIA ENDOVASCULAR EM CORPO ESTRANHO INTRACARDÍACO

INTRODUÇÃO: A embolização é uma importante causa de falha de funcionamento de um cateter venoso, sendo na grande maioria das vezes, assintomática. Estatisticamente, na literatura, a embolização de cateteres intravenosos equivale a aproximadamente 1% das complicações relatadas, porém, com alta taxa de mortalidade, a qual pode variar de 24 a 60%. CASO 1: Paciente do sexo masculino, 32 anos, submetido a cirurgia de hérnia de disco e em tratamento com antibioticoterapia por osteomielite crônica. Foi submetido a colocação de cateter com falha dois dias após, referindo dor durante injeção de medicação. Ao raio-X, foi evidenciado fragmento do cateter localizado em átrio direito. Após punção de veia subclávia direita, o mesmo foi retirado com o laço snare. CASO 2: Paciente do sexo feminino, 78 anos, em pós-operatório recente de cirurgia cardíaca, foi admitido com insuficiência mitral importante. Durante a passagem de cateter endovenoso, perdeu-se o fio guia metálico que, ao raio-X, encontrava-se localizado na veia cava superior e em átrio direito. Após punção de veia femoral direita, foi retirado o fio guia metálico. CASO 3: Paciente do sexo masculino, 81 anos, internado por insuficiência cardíaca congestiva. Foi submetido a Tomografia Computadorizada de tórax, que evidenciou derrame pleural importante e atelectasia compressiva. Durante a passagem de cateter, foi introduzido inadvertidamente o fio guia metálico que se estagnou no coração do paciente, tendo sido também retirado por punção endovascular. DISCUSSÃO: Apesar de baixa incidência, a embolização de cateteres intravenosos apresenta alta taxa de complicação. O tratamento endovascular na retirada de corpos estranhos é considerado como melhor opção terapêutica, quando comparado a cirurgia aberta, sendo também considerado uma terapia relativamente simples e segura.

Palavras-chave: Cirurgia Endovascular; Corpo estranho; Intracardíaco

ID: 113564

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Amanda Baptistella / Amanda Baptistella / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Ana Júlia Avigni Rossato / Rossato, A. J. A. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Carolina Marano Cunha / Cunha, C. M. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Luiza Francisco Trafane / Trafane, L. F. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: EMBOLIA PARADOXAL EM PACIENTE COM COVID-19

INTRODUÇÃO: A embolia paradoxal é definida como a passagem de um trombo do sistema circulatório venoso para a circulação arterial. Ocorre, geralmente, quando há a associação de fatores de risco para eventos trombóticos e comunicações anatômicas venosas e arteriais, na vigência de um gradiente pressórico direita-esquerda no shunt. O forame oval patente (FOP) é uma condição clínico-patológica caracterizada pela persistência da abertura entre o septo atrial primum e o septo atrial secundum na localização da fossa oval. Relato de caso: Paciente feminino, 54 anos, deu entrada no serviço com queixa de dor e diminuição da temperatura em membro inferior direito (MID) há duas horas, com diagnóstico de oclusão arterial aguda. Paciente hipertensa, diabética, hidratada, acianótica e afebril referindo infecção por COVID-19 há 20 dias. MID com diminuição da temperatura, pálido, sem perfusão, pulsos distais ausentes e panturrilha empastada. Foi realizada ultrassonografia duplex com fluxo trifásico em artéria femoral e poplítea direita e sem fluxo em artérias distais com conteúdo hipoecóico. Durante o exame, a paciente também foi diagnosticada com trombose venosa profunda (TVP). Ela foi então submetida a tratamento endovascular com angioget e trombectomia fármaco-mecânica, apresentando boa evolução e pulsos distais palpáveis. Vinte horas após o procedimento, a paciente apresentou novo quadro de oclusão arterial aguda com pulso poplíteo palpável e pulsos distais ausentes, sendo submetida a embolectomia de artéria poplítea infrapatelar com saída grande quantidade de trombos. Ao término do procedimento apresentou pulsos distais palpáveis Posteriormente, devido a característica emboligênica do quadro, realizou-se ecocardiograma transesofágico, que evidenciou forame oval patente. Oito dias após o procedimento endovascular, a paciente apresentou abaulamento em região inguinal, diagnosticado como confirmando pseudoaneuirisma e requerendo compressão manual por sessenta minutos, seguido de curativo compressivo por 24 horas. À ultrassonografia após 24 horas sem resolução do quadro, foi optado por injeção de trombina 0,1 mL guiada por ultrassom com interrupção imediata de fluxo no interior do pseudoaneurisma em artéria femoral esquerda. A paciente recebeu anticoagulação com heparina de baixo peso molecular durante o período de internação e alta hospitalar após 12 dias. Discussão: A presença de shunt intracardíaco é associada a um risco 3 vezes maior de tromboembolismo sistêmico. Também é descrito que a presença de FOP leva a um risco elevado de morte intra-hospitalar e eventos cardiovasculares em casos agudos de TVP ou embolia pulmonar, quando comparado a pacientes sem FOP. A manifestação mais frequente da embolia paradoxal é o AVC isquêmico e o defeito intracardíaco de shunt mais comum é o forame oval patente. A hipercoagulabilidade da infecção por COVID-19 em paciente com um shunt intracardíaco pose resultar em embolia paradoxal e instabilidade do quadro clínico.

Palavras-chave: Embolia paradoxal; COVID-19; Forame oval patente

ID: 113534

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Amanda Baptistella / Amanda Baptistella / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M. J. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: ESTENOSE ACTÍNICA CAROTÍDEA PÓS RADIOTERAPIA

INTRODUÇÃO: As lesões actínicas de artéria em pacientes submetidos radioterapia no tratamento de neoplasias são complicações conhecidas, porém com poucos relatos de casos publicados. Um dos efeitos adversos da radiação ionizante é a lesão dos tecidos sadios, contíguos a tumorações malignas devido à irradiação terapêutica. Lesões do sistema linfático, trombose venosa e retração cicatricial limitante são complicações bem conhecidas e amplamente relatadas na literatura médica. No entanto, na prática oncológica, a estenose arterial como complicação à radioterapia é considerada muito rara. Segundo os dados disponíveis na literatura, as características histológicas dessa lesão não são específicas e, frequentemente, estão associadas à fatores de risco para aterosclerose. RELATO DE CASO: Relatamos dois casos de pacientes do sexo masculino que desenvolveram estenose actínica pós radioterapia. O primeiro paciente, 61 anos, apresentou estenose actínica nas artérias carótidas pós radioterapia para tratamento de neoplasia de nasofaringe. Como abordagem terapêutica, ele foi submetido ao tratamento endovascular, com angioplastia de carótida esquerda e, após dois meses, angioplastia de carótida direita. Este paciente evoluiu sem complicações e segue em acompanhamento ambulatorial há três anos. O segundo paciente foi submetido à radioterapia como tratamento para neoplasia de orofaringe e evoluiu com estenose em carótida direita. Este paciente também submetido ao tratamento endovascular, com angioplastia do vaso acometido e boa evolução clínica e acompanhamento ambulatorial há 8 meses. DISCUSSÃO: A estenose actínica em artéria é uma complicação possível pós radioterapia, já relatada em estudos experimentais. Quando esta complicação acomete as artérias carótidas, pode apresentar repercussões isquêmicas para o sistema nervoso central. Portanto, a angioplastia carotídea com colocação de stent representa o melhor tratamento para se evitar tais complicações.

Palavras-chave: Estenose; Radioterapia; Lesão actínica

ID: 113543

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M. J. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim. A. B. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C. Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: ESTENOSE CAROTÍDEA ASSOCIADA AO USO DE ANABOLIZANTES EM PACIENTE JOVEM

INTRODUÇÃO: Algumas condições clínicas vêm sendo tratadas com testosterona e seus derivados desde 1932. Anos mais tarde, essa substância passou a ser utilizada na melhora do desempenho de soldados durante a segunda guerra mundial. Já em 1954, o uso de esteroides anabolizantes foi utilizado no incremento do desempenho dos atletas no campeonato mundial de levantamento de peso. A partir desse momento, houve um importante aumento do uso dessa substância em todas grandes competições, até sua proibição nas olimpíadas de Montreal, em 1976. Atualmente, vários trabalhos científicos demonstram seu efeito deletério ao organismo, com destaque ao sistema cardiovascular. Dentre uma ampla gama de efeitos colaterais cardiovasculares, tem-se em evidência a morte súbita e infarto agudo do miocárdio, com hipertrofia miocárdica em humanos e alterações no perfil lipídico, a qual predispõe a maior risco de aterosclerose, em função do aumento nas concentrações de LDL e diminuição de HDL. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 49 anos, deu entrada no serviço com quadro clínico de hemiparesia à esquerda. Foi submetido a ressonância magnética de crânio, que evidenciou acidente vascular encefálico de natureza isquêmica aguda cortical, em território de artéria cerebral média direita. Prosseguiu-se a investigação com arteriografia de tronco supra-aórtico, onde identificou-se suboclusão na origem da artéria carótida interna direita (ACID) e estenose de aproximadamente 80% em artéria carótida interna esquerda (ACIE). Paciente permaneceu internado sob os cuidados da equipe de neurologia, com regressão completa de sintomas, sendo então solicitada avaliação da equipe de cirurgia vascular. Foi então submetido a angioplastia de ACIE e após aproximadamente dois meses, à endarterectomia da ACID. Paciente encontra-se em seguimento há aproximadamente dois anos, com boa evolução e sem complicações. DISCUSSÃO: O maior risco de aterosclerose precoce está associado ao depósito de placas de colesterol na parede dos vasos, juntamente ao aumento da agregação plaquetária e provável disfunção endotelial. No entanto, até o momento, não há estudos prospectivos, randomizados e intervencionistas sobre os efeitos cardiovasculares a longo prazo do abuso dessas drogas. Nosso paciente jovem, magro, atleta, sem comorbidades, não tabagista, provavelmente desenvolveu quadro de aterosclerose precoce por uso de esteroides anabólicos androgênicos em altas concentrações e por longo período de tempo.

Palavras-chave: Estenose carotídea; Anabolizantes; Aterosclerose

ID: 113551

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Amanda Baptistella / Amanda Baptistella / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M. J. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: FÍSTULA AORTO-ENTÉRICA PRIMÁRIA

Introdução: As fístulas aorto-entéricas constituem uma comunicação rara entre a aorta abdominal e o trato gastrointestinal, podendo ser classificadas como primárias ou secundárias. As primárias são extremamente raras e ocorrem sem história prévia de cirurgia aórtica, geralmente associadas à presença de aneurisma de aorta abdominal, as secundárias ocorrem em pacientes com histórico de cirurgias para reconstrução aórtica. O local mais comum para ocorrência dessas fístulas é o duodeno (78%), particularmente na terceira e quarta porção. Sua incidência é predominantemente no sexo masculino, sendo a relação homem/mulher nas fístulas primárias de 3:1 e nas secundárias de 8:1, fato atribuído a maior incidência de tabagismo entre homens. A tríade de sintomatologia é caracterizada por dor abdominal, sangramento do trato gastrointestinal e massa abdominal pulsátil, entretanto, apenas cerca de 10-23% dos pacientes apresentam estes sintomas conjuntos. A mortalidade é extremamente alta, aproximadamente 100% quando não diagnosticada. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 73 anos, diabético, ex-tabagista, deu entrada no hospital por hematêmese importante. Foi admitido consciente e orientado, submetido à endoscopia digestiva alta com diagnóstico de úlcera duodenal com sinais de sangramento recente e perfuração. Foi então submetido à laparotomia exploradora, porém, sem detecção de perfuração. Optado por colocação de dreno de penrose na segunda porção duodenal para vigilância de aspecto de secreção. Após 48 horas, o paciente apresentou novo quadro de hemorragia digestiva, sendo então submetido a tomografia computadorizada contrastada, que evidenciou aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, com diâmetro de 9 cm, acometendo as artérias ilíacas e área de borramento em contato com alça intestinal próximo a terceira porção do duodeno. O paciente evoluiu com hematêmese significativa e instabilidade hemodinamica, necessitando de intubação orotraqueal e drogas vasoativas. Devido à instabilidade, ele foi submetido a cirurgia de urgência para correção do aneurisma e da fístula. Na retirada do trombo mural, verificou-se secreção entérica e purulenta, sendo optado então por ligadura proximal e distal do saco aneurismático, seguido de enxerto extra-anatômico axilo bi-femoral. O paciente apresentou piora da função renal, com necessidade de aumento de drogas vasoativas. Após 24 horas, foi submetido a revisão de peritoneostomia e retossigmoidectomia evoluindo com parada cardiorrespiratória após 30 horas. Discussão: A prevalência da fístula aorto-entérica primária pode variar de 0,04 a 0,07% em pacientes com óbito por hemorragia maciça do trato gastrointestinal e aproximadamente 2,36% em pacientes com associação de aneurisma de aorta abdominal. O diagnóstico é de exclusão, devendo ser iniciado por endoscopia digestiva alta e prosseguir com tomografia computadorizada. O tratamento deve ser cirúrgico, de forma convencional aberta ou endovascular.

Palavras-chave: Fístula; Aorta abdominal; Duodeno

ID: 113539

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Hospital PUC-Campinas; Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M.J.S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A.B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I.H.S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina Cabral Junqueira Emboaba / Emboaba, A.C.C.J. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T.S.G. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Junior, O.C. / Hospital PUC-Campinas;

Título: FÍSTULA ARTERIOVENOSA EM ARTÉRIA RADIAL PÓS CATETERISMO CARDÍACO

Introdução: Fístula arteriovenosa pós cateterismo cardíaco é uma complicação possível sendo muito rara em membro superior, apesar da punção na artéria radial para procedimentos, ser cada vez mais utilizada devido ao menor número de complicações com recomendação como via de acesso pela European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions. A punção da artéria femoral foi por muito tempo o acesso mais utilizado pelo seu maior calibre. Em revisão recente na literatura de mais de 10 mil casos de abordagem radial para cateterismo cardíaco, as complicações vasculares ou hemorrágicas aconteceram em apenas 45 (0,44%) pacientes, sendo que apenas quatro casos (0,04%) eram de fístula arteriovenosa. Relato de caso: Paciente sexo masculino, 52 anos, pós-operatório tardio em 2016 de troca valvar aórtica por endocardite infecciosa, com posterior trombose da mesma, mantido em anticoagulação plena com varfarina pela equipe de cardiologia. Em 2017 apresentou quadro de síndrome coronariana aguda sendo submetido à cateterismo cardíaco com via de acesso através de punção de artéria radial em membro superior direito. Desde então, notou frêmito com dilatação venosa progressiva, sendo encaminhado para avaliação da cirurgia vascular em 2018, onde foi avaliado, com diagnóstico de fístula artério-venosa em membro superior direito. Paciente submetido a exame arteriográfico com visibilização de fístula com indicação de cirurgia, não retornando à consulta ambulatorial para programação do procedimento cirúrgico, perdendo o seguimento. Retornou ao nosso ambulatório em 2020 na época da pandemia tendo se recusado a internar para cirurgia. Quando houve melhora da pandemia foi contatado com nova recusa para internação pelo medo de contrair a doença. Retornou em nosso serviço sendo internado eletivamente para cirurgia. Submetido a arteriografia com identificação de fístula artério-venosa em sua porção distal com intensa rede venosa colateral. Realizada correção de fístula artério-venosa sob sedação e bloqueio de plexo braquial, sem intercorrências, com retirada de aneurisma venoso e arteriorrafia. Evoluiu bem no pós-operatório, com ausência de frêmito, presença de pulso radial, regressão da hipertensão venosa, recebeu alta hospitalar com varfarina. Discussão e Conclusão: Fístula arteriovenosa pós punção de artéria femoral apresenta uma incidência de 1%, sendo a via radial associada a uma menor taxa de complicações. Apesar de extremamente rara, a fístula arteriovenosa pós punção da artéria radial pode ocorrer e o tratamento deve ser o mais precoce possível, pois o retardo no tratamento pode desenvolver uma circulação venosa abundante. O tratamento por cirurgia convencional com ligadura da fístula continua sendo uma ótima opção terapêutica.

Palavras-chave: FISTULA ARTERIOVENOSA; CATETERISMO ; COMPLICAÇOES

ID: 113376

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Henri Luiz Morgan / Morgan, H. L. / UNIFESP; Samuel Roque Alves / Alves, S. R. / UNIFESP; Gabriel Vieira Gouvea / Gouvea, G. V, / UNIFESP; Gabriel Silva de Almeida / Almeida, G. S. / UNIFESP; Giovani de Oliveira Sousa / Sousa, G. O. / UNIFESP; Camila Padula Domingues / Domingues, C. P. / UNIFESP; Milton Scalabrini / Scalabrini, M. / UNIFESP; Vinicius Bignatto / Bignatto, V / UNIFESP;

Título: OBSTRUÇÃO ARTERIAL AGUDA E INFECÇÃO DE PRÓTESE SECUNDÁRIOS À FÍSTULA DE SIGMOIDE EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE DERIVAÇÃO AORTO-ILÍACA: RELATO DE CASO

Introdução: Fístulas envolvendo próteses vasculares e o trato gastrointestinal (TGI), são eventos raros e de alta morbimortalidade devido à volumosa hemorragia digestiva ou infecção de prótese. O segmento do TGI mais acometido pela fístula é o duodeno (87%). O intestino grosso é envolvido em menos de 2% dos casos, sendo o sítio vascular de fístula a linha de sutura proximal, na aorta, em quase todos os casos. Fístulas relacionadas ao ramo ilíaco do enxerto são raras. Apresentamos um relato de caso de infecção de prótese decorrente de fístula de sigmoide em pós-operatório tardio de derivação aorto-ilíaca Relato: Este relato foi realizado em um hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com o SCARE Guideline 2020 e com o consentimento do paciente. Mulher, 62 anos, branca, em pós-operatório de derivação aorto-bifemoral há 1 ano por obstrução aorto-ilíaco crônica, procurou serviço de emergência com relato de dor súbita e cianose em membro inferior esquerdo (MIE). Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, estável hemodinamicamente, com gradiente térmico até região distal da coxa, cianose fixa e ausência completa de pulsos em MIE e abdome sem alterações. Realizou angiotomografia de aorta e de membros inferiores, que evidenciou oclusão do ramo esquerdo da prótese aortobifemoral com presença de gás em seu interior e aparente comunicação com cólon sigmoide, além de coleção com gás em região inguinal esquerda. Diante dos achados, indicada laparotomia exploradora. Realizado laparotomia mediana e observado, ao inventário, fístula entre o sigmóide e o ramo ilíaco esquerdo da prótese, com formação de abscesso local. Optado por ressecção do ramo esquerdo do enxerto, sigmoidectomia à Hartmann e peritoniostomia devido à síndrome compartimental abdominal com repercussão ventilatória, sem revascularização do MIE visando reduzir o tempo cirúrgico, pois o mesmo encontrava-se com isquemia compensada. Após 7 dias, paciente evoluiu com isquemia irreversível de MIE, sendo realizado amputação transfemoral do MIE. Recebeu alta hospitalar com 30 dias de internação para seguimento ambulatorial com cirurgia vascular e cirurgia do aparelho digestivo. Discussão: Trata-se de caso raro de fístula com origem em ramo ilíaco do enxerto para o sigmoide, submetido à abordagem cirúrgica. A fístula aorto-entérica manifesta-se como hemorragia gastrointestinal em 70% e infecção sem evidência de sangramentos em 20% dos casos. A abordagem diagnóstica depende da estabilidade hemodinâmica do paciente, com preferência para angiotomografia e métodos endoscópicos nos pacientes com condições. O tratamento é cirúrgico, com remoção da prótese infectada, restabelecimento da circulação para a extremidade e reparo do defeito gastrointestinal, influenciado pelas condições clínicas do paciente e achados operatórios. No caso apresentado optou-se por Sigmoidectomia à Hartmann sem revascularização do membro devido às condições intraoperatórias desfavoráveis.

Palavras-chave: Fístula Anastomótica; Oclusão de Enxerto Vascular; Cólon Sigmoide

ID: 112567

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Julia Baesso Messiano / Messiano, J. B. / Centro Universitário Padre Albino - UNIFIPA; Murillo Antonio Couto / Couto, M. A. / Centro Universitário Padre Albino - UNIFIPA; Adriel Meneghello / Meneghello, A. / Centro Universitário Padre Albino - UNIFIPA; Isabela Bertolo Couto / Couto, I. B. / Centro Universitário Padre Albino - UNIFIPA; Enzo Bertolo Couto / Couto, E. B. / Centro Universitário Padre Albino - UNIFIPA;

Título: OCLUSÃO ARTERIAL AGUDA DE MEMBRO INFERIOR E AVC ISQUÊMICO POR ÊMBOLO ARTERIAL EM PACIENTE COM NEOPLASIA GÁSTRICA

Introdução: A embolia arterial possui como foco emboligênico de maior destaque o coração, a partir da formação de trombos intracardíacos nas câmaras atriais e ventriculares. A embolização pode atingir os membros inferiores, originando quadro de isquemia aguda, e o sistema nervoso central com quadro de acidente vascular cerebral. As oclusões de membros se manifestam de maneira abrupta, com sintomatologia de dor, esfriamento, palidez, paralisia e ausência de pulsos distais à oclusão. Os eventos tromboembólicos são potencializados em estados de neoplasias devido as alterações sistêmicas geradas na coagulação sanguínea. Relato de caso: R.J.J.S, feminina, 57 anos, encaminhada por parestesia e dor de forte intensidade em membro inferior esquerdo associado a dificuldade de deambular. Nega histórico de trombose ou problemas vasculares prévios. Nega precordialgia, epigastralgia e dispneia. Possui antecedentes de diabetes mellitus e hipotireoidismo. Há duas semanas, apresentou episódios de vômitos após alimentação e realizou EDA evidenciando úlcera gástrica com realização de biópsia. Anatomopatológico descreveu a presença de células soltas com núcleos deslocados para a periferia e citoplasma com vacúolos suspeitos de célula de anel de sinete. Realizado ECG em admissão: ritmo sinusal, eixo preservado, FC: 83 bpm, elevação do seguimento ST 1mm em V3 isolado. No exame físico, membro inferior esquerdo apresentava-se com extremidade fria, mal perfundida, TEC > 3 segundos, pálido e sem pulsos. Encaminhamento de paciente com urgência para centro cirúrgico para realização de tromboembolectomia de MIE. Após 24 horas da embolectomia, paciente evolui em RPA com hemiplegia e queda de rima a esquerda. Realizada TC de crânio evidenciando lesão hipodensa núcleo capsular e talâmica, sem desvio da linha média, inferindo evento isquêmico de evolução recente. Ecocardiograma realizado por suspeita de fonte emboligênica localizou trombo em ápice de ventrículo esquerdo. Nova EDA foi solicitada e diagnosticou-se lesão gástrica infiltrativa. Paciente foi encaminhada para a oncologia com discussão de tratamento. Discussão: As neoplasias estão associadas a presença de estado pró trombótico, especifico de cada tumor, devido a ativação dos mecanismos de coagulação por meio da produção de fatores e substâncias mediadoras. Os eventos tromboembólicos são consequência direta do estado de hipercoagulabilidade produzido pelos fatores pró-trombóticos presentes no câncer. A embolização é uma das manifestações cardiovasculares que decorre da trombose e é responsável por gerar quadros de isquemia aguda. A oclusão arterial aguda de membros secundária a embolo manifesta-se pela redução da perfusão tecidual por diminuição do fluxo sanguíneo devido a oclusão total ou parcial de vaso. Em analogia ao quadro oclusivo, o acidente vascular cerebral isquêmico é decorrente de embolização arterial, produzindo sintomas e sinais característicos da má perfusão cerebrovascular.

Palavras-chave: Neoplasia; Oclusão Arterial Aguda ; Acidente Vascular Cerebral

ID: 113589

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G.S.C. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Hospital PUC-Campinas; Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M.J.S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A.B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I.H.S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina Cabral Junqueira Emboaba / Emboaba, A.C.CJ. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T.S.G. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Junior, O.C. / Hospital PUC-Campinas;

Título: OCLUSÃO ARTERIAL AGUDA NÃO DIAGNOSTICADA: RELATO DE TRÊS CASOS

INTRODUÇÃO: Na oclusão arterial aguda ocorre interrupção repentina do fluxo sanguíneo com repercussão isquêmica importante nos locais irrigados pelos vasos ocluídos. A isquemia aguda do membro inferior está associada à perda do membro (10-30%) ou morte do paciente acometido (15-30%). Assim, esse quadro é uma emergência. Existem duas etiologias de oclusão arterial aguda: embolia e trombose, e seu diagnóstico precoce é um pré-requisito para o manejo ideal, por isso tão importante seu diagnóstico correto, principalmente baseado nos dados clínicos, como fazer o diagnóstico de isquemia aguda, localiza o nível de oclusão, coletar informações etiológicas e avaliar o impacto local e geral da isquemia no paciente, e de imagem. CASO 1: Paciente masculino, 74 anos, deu entrada no pronto socorro com quadro de gangrena úmida em 40 e 5o pododáctilos. Foi submetido a amputação que evoluiu com necrose de borda, sendo indicado arteriografia e revascularização. Na arteriotomia foi encontrado e retirado um trombo, restabelecendo o fluxo arterial. Na cirurgia foi optado por colocação de patch de veia safena no local da incisão com pulso pré e pós incisão. CASO 2: Paciente do sexo feminino, 52 anos, tabagista, com dor em panturrilha e cianose em pododáctilos. A ultrassonografia e arteriografia de membros inferiores foi verificado uma oclusão de artéria femoral superficial e recanalização em artéria poplítea infrapatelar. Durante a cirurgia foi encontrado e retirado um trombo mural, sendo restabelecido o fluxo arterial, com bom pulso distal. CASO 3: Paciente masculino com 53 anos, tabagista e hipertenso, queixava-se de uma lesão trófica há seis meses. Foi submetido a arteriografia com resultado de oclusão de artéria femoral superficial de aproximadamente 4 cm. Programada cirurgia de revascularização com ponte femoral, porém, após arteriotomia, foi encontrado um trombo no interior da artéria, optado por retirada do mesmo, restabelecendo um bom fluxo após o procedimento. Para melhora completa da sintomatologia, foi realizada uma arteriorrafia com melhora da perfusão do pé. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: A oclusão arterial aguda apresenta sintomas exuberantes em sua maioria, sendo a dor de grande intensidade o principal. Eventualmente, devido a presença de circulação colateral compensando a oclusão arterial da área, pode inicialmente ocorrer a ausência de sintomas e retardar o diagnóstico, comprometendo o tempo hábil para o tratamento. As opções terapêuticas variam de acordo com o estado do paciente, contemplando terapia com altas doses de heparina e intervenções cirúrgicas imediatas como remoção cirúrgica do coágulo, trombectomia intervencionista mecânica e/ou trombólise dirigida por cateter e revascularização. O resultado bem-sucedido depende de uma avaliação clínica cuidadosa.

Palavras-chave: oclusao arterial aguda ; emergencia ; revascularização

ID: 113541

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M. J. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C. Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: OCLUSÃO DISTAL ASSINTOMÁTICA EM ANEURISMAS GIGANTES DE MEMBROS INFERIORES

INTRODUÇÃO: O aneurisma de artéria poplítea é o aneurisma periférico mais recorrente, podendo corresponder a 70% dos casos. Sua complicação de maior gravidade é a trombose, a qual cursa com alto risco de perda do membro. A rotura do aneurisma de poplítea é rara, com uma incidência de menos de 3%, porém, a depender do tamanho, pode representar um maior risco para o paciente. O aneurisma verdadeiro de artéria femoral superficial é uma alteração rara. Entretanto, por apresentar um trajeto anatômico envolto por músculos, normalmente é diagnosticado apenas quando apresenta complicações como trombose, embolização distal ou mais raramente rotura. CASO 1: Paciente do sexo masculino, 58 anos, deu entrada no pronto socorro com dor e edema em membro inferior direito (MID). Ao exame físico apresentava massa pulsátil em região poplítea de MID, acompanhado de dor local e edema. Foi submetido a ultrassonografia Doppler com diagnóstico de aneurisma de artéria poplítea. Realizado também arteriografia confirmando o diagnóstico ultrassonográfico, sem evidência de leito distal. Paciente submetido a tratamento cirúrgico com ressecção do saco aneurismático, sendo confirmado no ato cirúrgico, que não apresentava leito distal, com artéria poplítea trombosada logo após a dilatação aneurismática. CASO 2: Paciente do sexo feminino, 76 anos, apresentando massa tumoral pulsátil há dois anos, e dor importante no local, com suspeita diagnóstica de aneurisma gigante de artéria femoral superficial. Foi submetida a exames de imagem, com confirmação de aneurisma de aorta abdominal, ilíacas e femoral superficial, de 11,3 cm de diâmetro, com sinais de rotura e sem leito distal. Submetida também a ressecção cirúrgica do saco aneurismático, confirmando que este não apresentava leito distal. DISCUSSÃO: A trombose aguda dos aneurismas periféricos é uma complicação extremamente grave com risco de perda do membro, se não tratado a tempo. Entretanto, se a trombose for crônica e não apresentar sintomas de isquemia, o tratamento pode até ser cirúrgico com ressecção do saco aneurismático sem revascularização distal, se já houver circulação colateral.

Palavras-chave: Aneurisma; Oclusão distal; Membros inferiores

ID: 113552

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M. J. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C. Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: PRÓTESE INFECTADA EM FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA

INTRODUÇÃO: Endotélio é a camada de células endoteliais que reveste o interior dos vasos sanguíneos e as câmaras cardíacas. Tem como funções o controle da homeostase vascular, cascata da coagulação, tônus e permeabilidade vascular e angiogênese. Durante uma agressão ao endotélio, é gerada uma reação inflamatória, onde atuam linfócitos, monócitos, plaquetas e células musculares lisas, levando a uma disfunção da célula endotelial. Essa condição é caracterizada por uma redução na biodisponibilidade de vasodilatadores derivados do endotélio, tais como o óxido nítrico e um aumento, relativo ou absoluto, da biodisponibilidade de vasoconstritores. Este desequilíbrio prejudica a vasodilatação dependente do endotélio. A fístula artério-venosa autóloga (FAVA), criada por Bréscia e Cimino em 1966, continua sendo até hoje o acesso ideal para os pacientes renais crônicos, porém quando não se pode realizar a FAVA, são usadas próteses sintéticas que proporcionam um número maior de complicações, como a infecção. A infecção em prótese sintética é uma das complicações mais temidas da cirurgia vascular, podendo provocar deiscência das suturas arteriais, promovendo hemorragias de difícil controle. Em caso de infecção de prótese, o objetivo do tratamento consiste, habitualmente, em remover o enxerto infectado e restabelecer a continuidade vascular. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 59 anos, renal crônico dialítico, em acompanhamento neste serviço desde 2010, submetido a FAVs em membro superior e no dia 20 de julho de 17 e a FAV safeno-femoral com prótese de PTFE. Em 12 de agosto de 17, foi detectada oclusão da FAV sendo, então realizada embolectomia com retirada de trombos da prótese e bom frêmito no pós-operatório. Paciente evoluiu com sinais flogísticos e infecção da prótese. Realizada cirurgia de retirada da prótese em 30 de agosto de 2017, desde a anastomose venosa e deixado o coto da prótese na anastomose da artéria femoral por não apresentar infecção neste segmento da prótese. Dezessete meses depois o paciente apresentou abscesso na cicatriz da cirurgia com saída de secreção purulenta, submetido a retirada de segmento infectado da prótese. DISCUSSÃO: A infecção em prótese vascular pode ocorrer em 2% dos procedimentos, podendo provocar complicações graves com deiscência das suturas e hemorragias de difícil controle, colocando em risco a vida do paciente. A substituição do material infectado por enxertos venosos in situ tem sido empregada com sucesso nos casos de revascularizações, com a vantagem de ser material autógeno e diminuir o risco de complicações. A formação de um novo endotélio promove a homeostase vascular mantendo o fluxo sanguíneo para a irrigação do leito distal. Em uma região onde foi retirada a prótese infectada, a colocação de um retalho de veia safena é importante para prevenir sangramentos por eventual ruptura do endotélio.

Palavras-chave: Fístula; Infecção; Prótese

ID: 113863

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marianna Minaré Vigo / Vigo, M. M. / Centro Universitário Barão de Mauá; Adriano de Melo Cabral Filho / Filho, A. M. C. F. / Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Ana Luísa Pinheiro dos Santos / Santos, A. L. P. / Centro Universitário Barão de Mauá; Anna Luiza Lobo Trevisan / Trevisan, A, L. L. / Centro Universitário Barão de Mauá; Fábio Augusto Brassarola / Brassarola, F. A. / Centro Universitário Barão de Mauá; Frederico Mendes Borges / Borges, F. M. / Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Gabriela Paredes Asquini Costa / Costa, G. P. A. / Centro Universitário Barão de Mauá; Monique Miele / Miele, M. / Centro Universitário Barão de Mauá;

Título: PSEUDOANEURISMA TARDIO DE ARTÉRIA HEPÁTICA DIREITA APÓS TRAUMA ABDOMINAL ABERTO: UM RELATO DE CASO

Introdução: O pseudoaneurisma hepático (PAH) é uma complicação rara e potencialmente letal, decorrente da agressão direta ou indireta ao vaso após trauma hepático acidental ou iatrogênico. Mais comumente surgem da artéria hepática e tendem a ser silenciosos. Quando sintomático, varia de dor em hipocôndrio direito à hemorragia intraperitoneal, quando roto. O diagnóstico pode ser feito através de tomografia computadorizada (TC) com contraste, arteriografia ou ultrassonografia com Doppler, sendo padrão-ouro a angiotomografia. Deve ser tratado logo ao diagnóstico, por abordagem conservadora ou cirúrgica. Relato de caso: J.L.C., masculino, 28 anos, previamente hígido, foi admitido no setor de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, vítima de ferimento por arma branca em região de hipocôndrio direito, há 6 horas da admissão. Ao exame físico: PA=90x60mmHg, FC=105bpm, exame abdominal com lesão suturada na origem, sem sangramento ativo e com defesa abdominal. Indicou-se a laparotomia exploradora que revelou lesão única de 4cm em diafragma à direita e lesão única em lobo hepático direito, em segmento VII, com sangramento ativo, controlado com compressão local. Após compensação hemodinâmica foi submetido à TC que evidenciou área hipodensa e hipovascular nos segmentos VIII e IVa do fígado, sugestivo de laceração (AAST grau III). Evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, estável hemodinamicamente, sem complicações, com resolução dos sintomas, recebendo alta hospitalar no 8º dia de pós-operatório. No 16º dia de pós operatório evoluiu com dor epigástrica de moderada intensidade, associada a vômitos e parada de evacuação. Realizada TC de abdome que evidenciou volumosa formação hiperdensa nos segmentos hepáticos VIII e V, compatível com hematoma, com área de sangramento ativo originado do ramo direito da veia porta (AAST grau V), e área de irregularidade da cápsula no segmento V, uma possível rotura, com hipótese de um pseudoaneurisma hepático. Optado por tratamento endovascular por radiointervenção, com embolização do PAH no lobo hepático direito via artéria hepática direita. Evoluiu pós-procedimento com melhora do quadro, aceitando dieta oral e com plano de alta hospitalar. Discussão: Pseudoaneurismas de artéria hepática são incomuns, neste caso, formou-se após ferimento abdominal penetrante por arma branca, evoluindo com quadro sintomático tardiamente. Ainda que apresentação clínica inespecífica, pode haver icterícia, vômitos, epigastralgia, massas abdominais, hipovolemia ou choque secundário à ruptura ou sangramento gastrointestinal. Neste, o paciente referiu epigastralgia, vômitos e alterações de peristalse e foi diagnosticado por TC de abdome com contraste. Escolheu-se a terapêutica endovascular, realizando embolização do PAH via artéria hepática direita, com vantagem de produção de isquemia focal no fígado e menor mortalidade comparada à técnica aberta. O paciente apresentou boa resposta ao tratamento e recuperação do quadro.

Palavras-chave: Fígado; Pseudoaneurisma; Arteriografia

ID: 113549

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M. J. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C. Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: REESTENOSE DA ARTÉRIA RENAL PÓS ANGIOPLASTIA EM ARTERITE DE TAKAYASU

INTRODUÇÃO: A arterite de Takayasu é uma doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida, que pode acometer artérias de grande e médio calibre, resultando em estenose e oclusão. A maioria dos casos tem sido observada em mulheres jovens, durante a segunda e terceira décadas de vida e é a causa mais comum da hipertensão renovascular. A artéria subclávia esquerda é a mais frequentemente envolvida, seguida pela artéria subclávia direita, aorta abdominal, artéria renal, artéria carótida comum direita, artéria carótida comum esquerda, aorta torácica e artéria vertebral. A estenose da artéria renal foi relatada em 23 a 31% dos casos e pode causar hipertensão maligna, doença renal isquêmica, insuficiência cardíaca descompensada e morte prematura. A angiografia é um dos métodos utilizados para confirmar o diagnóstico de estenose e também pode ser útil para planejar seu tratamento. O controle da doença inflamatória e da hipertensão renovascular são os fatores mais importantes no tratamento, por serem a principal causa de morte prematura nos doentes. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 31 anos, com sintomas de arterite de Takayasu desde os 15 anos de idade e com diagnóstico aos 17 anos, quando desenvolveu estenose em ambas as artérias renais, já com atrofia do rim direito. Refere tratamento endovascular com stent em outro serviço há 12 anos sendo, no momento, diagnosticada reestenose de artéria renal esquerda e oclusão na artéria renal direita apesar do tratamento com glicocorticóides e infliximab. No dia 25 de junho de 2019 foi realizado arteriografia evidenciando oclusão de artéria renal direita e sub-oclusão à esquerda. Foi submetida a angioplastia renal esquerda com balão farmacológico. Retornou ao serviço em janeiro de 2020, em consulta ambulatorial com a nefrologia, com piora da função renal. Realizado arteriografia em 10 de janeiro de 2020, com evidência de estenose de 80% em artéria renal esquerda sendo optado por angioplastia com stent revestido LIFESTREAM 5x26mm. Paciente segue em acompanhamento há dois anos, sem piora da função renal. DISCUSSÃO: A reestenose da artéria renal pós angioplastia em paciente com arterite de Takayasu tem incidência de um terço dos casos em 5 anos. Embora não tenhamos estudos com resultados a longo prazo do benefício do tratamento endovascular da estenose da artéria renal, o tratamento estabeleceu, atualmente, o controle da inflamação.

Palavras-chave: Arterite; Takayasu; Reestenose

ID: 113540

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Amanda Baptistella / Amanda Baptistella / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M. J. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: SÍNDROME COMPARTIMENTAL PÓS FÍSTULA ARTERIOVENOSA

Introdução: As fístulas arteriovenosas (FAV) de membros superiores são acessos vasculares definitivos realizados de maneira terapêutica para a realização de hemodiálise ou de maneira profilática quando a função renal limítrofe exigirá sessões futuras de hemodiálise. Uma vez estabelecido o alto fluxo arterial flui pelo conduto de baixa resistência e alta complacência venosa, o paciente portador de FAV evolui com a arterialização do segmento venoso e formação de aneurismas único ou múltiplos no corpo venoso da FAV. As punções repetitivas da FAV, associada a dilatação aneurismática da mesma, aumentam o risco para complicações. A síndrome compartimental corresponde ao aumento da pressão em um espaço anatômico restrito, com queda da perfusão sanguínea dos músculos e órgãos nele contidos. Portanto, uma condição clínica definida como o aumento da pressão intersticial sobre a pressão de perfusão capilar dentro de um compartimento osteofascial fechado, podendo comprometer vasos, músculos, terminações nervosas e provocando dano tecidual. É caracterizada por parestesia, dor contínua, hipoestesia, edema e enrijecimento da região acometida. O tratamento consiste em fasciotomia, uma abertura cirúrgica dos compartimentos para aliviar a pressão interna e, assim, restabelecer a circulação sanguínea para os tecidos, resultando em uma ferida operatória. Relato de Caso: Paciente masculino, 58 anos, foi submetido a fístula arteriovenosa basílica-radial sob anestesia local, recebendo alta no pós-operatório imediato. Dois dias após o procedimento o paciente compareceu ao serviço referindo dor e edema importante no membro. Ao exame físico, apresentava edema intenso, com diminuição da perfusão da mão. Foi então submetido a fasciotomia do membro, drenagem do hematoma e avaliação da FAV, que se apresenta sem sangramento ativo. O paciente apresentou boa evolução clínica no pós-operatório. Discussão: A síndrome compartimental pós FAV em membro superior não é uma complicação frequente, porém, deve ser suspeitada sempre que o paciente apresentar dor, edema importante e, eventualmente, isquemia do membro. Portanto, diante deste quadro clínico, é de extrema importância o diagnóstico e terapêutica precoces, a fim de minimizar sequelas no membro e poupar a funcionalidade da própria fístula, além da melhora álgica do paciente.

Palavras-chave: Fístula; Síndrome compartimental; Fasciotomia

ID: 113457

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G.S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Hospital PUC-Campinas; Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M.J.S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A.B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I.H.S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina Cabral Junqueira Emboaba / Emboaba, A.C.C.J. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T.S.G / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / / Hospital PUC-Campinas;

Título: SÍNDROME DE HIPERPERFUSÃO CAROTÍDEA: RELATO DE TRÊS CASOS

Introdução: Uma grave complicação pós cirurgia carotídea é a síndrome de hiperperfusão cerebral, evento raro que acomete cerca de 0,3 a 1,2% dos pacientes. A síndrome ocorre devido a uma reperfusão súbita de um hemisfério cerebral com hipoperfusão crônica e pode acarretar desde um quadro leve, como cefaleia ipsilateral e hipertensão arterial, até quadros mais graves como queda do nível de consciência, déficits neurológicos focais, edema cerebral e hemorragia intracerebral e subaracnóidea. Sabe-se que a síndrome de hiperperfusão carotídea está associada a estenoses mais severas e o tempo de pinçamento intra operatório, além de poder ser induzida por disturbios a barreira hematoencefálica e autorregulação cerebral, levando a uma aumento da pressão intracraniana e edema cerebral global. CASO 1: Paciente masculino, hipertenso e assintomático apresentou resultado da angioressonância com estenose de carótida interna direita de 90%, submetido a endarterectomia. Ele recebeu alta no terceiro pós-operatório em boas condições clínicas. No oitavo dia de pós-operatório, o paciente apresentou um quadro de acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico em hemisfério cerebral direito, com sequelas à esquerda. CASO 2: Paciente mulher de 66 anos, apresentava estenose de 70% de bifurcação carotídea esquerda ao Eco-Doppler, sendo submetida a endarterectomia, sem intercorrências. A paciente recebeu alta no terceiro dia de pós-operatório em boas condições clínicas. Ao quinto dia apresentou quadro neurológico de AVC, depois confirmado por tomografia como hemorrágico em hemisfério esquerdo. CASO 3: Paciente masculino, 66 anos, hipertenso, diabético e dislipidêmico, com histórico de sequela motora a esquerda por AVC isquêmico em 2019, apresentava estenose de 80% em carótida interna esquerda e suboclusão em carótida interna direita na angiotomografia. Foi submetido a endarterectomia de artéria carótida interna direita com boa evolução. Com seis horas de pós-operatório ele apresentou crises convulsivas e piora do quadro neurológico. O paciente permaneceu internado para investigação e foi diagnosticado como síndrome de hiperperfusão pela equipe da neurologia clínica. Discussão e Conclusão: A realização cada vez mais frequente de procedimentos vasculares invasivos no atual cenário populacional, proporciona uma maior incidência da síndrome de hiperperfusão carotídea, que até então é considerada rara. Além disso, o quadro dessa síndrome se instala frequentemente após alguns dias da cirurgia, o que é preocupante considerando as novas tendências de reduzir o tempo da internação pós cirúrgica. Ainda não há uma forma de prever quais pacientes vão ser acometidos, no entanto os métodos de monitoramento intra e pós operatório, como o Doppler transcraniano e parâmetros hemodinâmicos, têm papel essencial no diagnóstico precoce, a fim de anteceder os sintomas e evitar sua progressão para o quadro completo e na maioria das vezes irreversível.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral ; endarterectomia; hiperperfusão carotídea

ID: 113570

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Leonardo Alves Magalhães Ribeiro / Ribeiro, L.A.M / FAMERP; Ygor Rocha Fernandes / Fernandes, Y.R. / FAMERP;

Título: SÍNDROME DE MAY-THURNER E TROMBOSE VENOSA PROFUNDA: RELATO DE CASO

Introdução A Síndrome de May-Thurner consiste uma compressão do sistema de drenagem venoso dos membros inferiores contra estruturas ósseas causado por vasos arteriais. Existem algumas variações da síndrome, mas a mais comum consiste na compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca comum direita contra a quinta vértera lombar. A síndrome de May-Thurner pode cursar de maneira assintomática ou levar até mesmo a importantes quadros de trombose venosa profunda. Existem opções de tratamento tanto conservadoras quanto endovasculares e cirúrgicas, que deverão ser individualizadas para cada caso. Relato de Caso Paciente J.T.A, masculino, 62 anos, branco. Dá entrada no consultório da Cirurgia Geral do Hospital de Base de São José do Rio Preto (SP) no dia 01/01/2021. Apresentava queixa de dor de início súbito há 1 dia em panturrilha esquerda e de edema em todo o membro inferior esquerdo (MIE). Ao exame do MIE, pulsos distais presentes e simétricos em relação ao membro contralateral, edema 4+/4+ desde raiz da coxa, assimetria entre panturrilhas direita e esquerda e presença de pletora venosa em pé e perna. Paciente é internado aos cuidados da Cirurgia Vascular com esquema de heparina em bomba. Doppler venoso profundo de MIE mostra veias com fluxo ausente e com presença de material hipoecoico intraluminal, inferindo trombose venosa profunda (TVP) aguda. Já no dia 02/01/2021, durante visita, optado pela investigação de causas da TVP em questão. Solicitados raio x de tórax, US de abdome total e marcadores tumorais (alfa-feto proteína, CA 125, CEA, CA19-9). Nenhuma causa que justificasse a trombose foi evidenciada. No dia 07/01/2022, solicitada angiotomografia de abdome para o paciente. Laudo do exame mostrava achados sugestivos de trombose, provavelmente por compressão da veia ilíaca esquerda pela artéria ilíaca direita sobre a coluna vertebral. Achados compatíveis com síndrome de May-Thurner. Optado por avaliar ambulatorialmente necessidade de recanalização, Mantido com bomba de heparina até dia 06/01, quando foi iniciado enoxaparina e marevan. INR do paciente entra em faixa apenas do dia 15/01 e paciente vai de alta assintomático no dia 16/01/2021 com anticoagulação via oral. Como paciente se manteve assintomático até último retorno ambulatorial no dia 01/06/2021,não optado por tratamento endovascular. Doppler de controle do dia 25/05/2022 mostrava vasos com sinais de trombose venosa profunda parcialmente recanalizada. Discussão A síndrome de May-Thurner é um diagnostico diferencial importante a ser considerado na presença de edema/trombose de um determinado membro inferior. Sua real prevalência na sociedade é considerada subestimada em função de inúmeros casos cursarem de forma assintomática e o paciente não chegar a procurar assistência médica. O caso em questão revela como a possibilidade de tratamento conservador é viável mesmo na presença de TVP.

Palavras-chave: May-Thurner; Trombose venosa profunda; Edema

ID: 113503

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Hospital PUC-Campinas; Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M.J.S / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A.B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I.H.S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina Cabral Junqueira Emboaba / Emboaba, A.C.C.J. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T.S.G. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Junior, O.C. / Hospital PUC-Campinas;

Título: TROMBOSE ARTERIAL EM USUÁRIO DE DROGA

INTRODUÇÃO: O crescente aumento do consumo de drogas é um problema de saúde pública que afeta o mundo todo, acarretando em um consequências ainda pouco esclarecidas aos seus usuários. Sabe-se que o uso de crack apresenta relação direta com várias complicações relacionadas ao sistema nervoso central como vasculites, infarto cerebral e hemorragias cerebrais com uma taxa de mortalidade sete vezes maior na população. No sistema cardiovascular apresenta cardiomiopatias, infarto agudo do miocárdio, endocardites, dissecção aórtica, arritmias e trombose venosa. Existe relato na literatura de trombose arterial periférica por uso de cocaína, porém, essa relação com crack ainda não é bem conhecida e pouco frequente, podendo acometer vasos de pequeno e médio calibre, como as artérias cerebrais ou coronarianas, sendo possível que esse processo ocorra nas artérias periféricas distais. Por sua vez, há relato de vasoespasmo relacionado ao uso crônico de crack resultando em gangrena dos membros superiores e inferiores, com necessidade de amputações. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 32 anos, deu entrada no PS, com dor em membro inferior esquerdo há oito dias. Ao exame físico apresentava cianose importante em pé esquerdo, membro frio, sem perfusão, pulso femoral e poplíteo palpáveis e ausência de pulsos distais. Submetido a arteriografia que evidenciou oclusão de artéria femoral profunda, tronco tíbio-fibular e artérias tibial anterior e posterior. O paciente foi submetido a tromboembolectomia de artérias femoral superficial, femoral profunda, poplítea e artérias distais com saída de trombos antigos e recentes, além de apresentar artérias com parede extremamente espessadas. O resultado do anátomo patológico evidenciou trombos e segmento de artéria com resultado de material amorfo hemorrágico com presença de depósitos fibrinóides sugerindo trombose em organização e parede arterial com irregularidade e área focal com hiperplasia de componente muscular. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: A população usuária de drogas possui conhecidamente um alto risco para acidente vascular cerebral (AVC), assim, no cenário de emergência, esse abuso deve ser suspeitado em caso de AVC em adultos jovens, alem disso, a aterosclerose acelerada das artérias carótidas pode levar à formação de trombos disseminados. O manejo desses pacientes é complexo devido a baixa adesão do tratamento e os efeitos crônicos e secundários ao uso do crack. Na prática clínica utiliza-se tratamento semelhante aos pacientes com fatores de risco tradicionais, adicionando cuidados de suporte aprimorados, uso de benzodiazepínicos e fentolamina para sedação e evitar β-bloqueadores. Apesar de não ser bem conhecida na literatura a relação de uso de crack com doença vascular periférica é possível que possa ocorrer o mesmo processo das artérias cerebrais e coronárias, sendo necessário mais estudos para elucidar tais consequências.

Palavras-chave: crack ; Trombose venosa ; trombos

ID: 113535

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Hospital PUC-Campinas; Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M.J.S. / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A.B. / Hospital PUC-Campinas; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I.H.S. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina Cabral Junqueira Emboaba / Emboaba, A.C.C.J, / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T.S.G. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Junior, O.C. / Hospital PUC-Campinas;

Título: TROMBOSE RECORRENTE EM AGENESIA DE VEIA CAVA INFERIOR

Introdução: A Agenesia da Veia Cava Inferior é uma malformação congênita rara que tem como origem 3 pares de veias: cardinais posteriores, subcardinais e supracardinais. Nessa condição, os pares de veia citados não regridem ou anastomosam, acarretando na malformação de segmentos veia cava inferior. Em tais circunstâncias, o sangue dos membros inferiores e pelve retornam ao átrio direito através de veias uterinas, veia gonadal e principalmente através do sistema ázigos e hemiázigos. A alteração na drenagem venosa do segmento caudal do corpo pode proporcionar maior tempo de estase sanguínea devido aos diversos caminhos alternativos que o sangue deve percorrer para que retorne ao átrio cardíaco. Relato de caso: Paciente mulher de 35 anos com queixa de dor de forte intensidade em região lombar, coxa, perna e pé. Avaliada inicialmente em serviço secundário com hipótese diagnóstica de oclusão arterial aguda, foi medicada com heparina de baixo peso molecular e encaminhada em caráter de emergência ao serviço terciário. No hospital, ela apresentava dor em membro inferior direito, edema e empastamento de musculatura da coxa, discreta diminuição de temperatura distal, e dificuldade de palpação dos pulsos distais devido a intensidade do edema. Ao exame de ultrassonografia foi constatado extensa trombose venosa profunda com início em veia poplítea até veia ilíaca comum sem visibilização da calda do trombo. Na tomografia computadorizada multislice, identificou-se com precisão a extensão da trombose e mais, diagnosticado também ausência do segmento infrarenal da veia cava inferior, intensa circulação venosa e anastomoses pélvicas direcionadas para o hemicorpo esquerdo, calibre aumentado de veia gonadal, ázigos e hemiazigos. Foi submetida a tratamento clínico com heparina e repouso em posição de Trendelemburg apresentando melhora significativa da dor e edema, permanecendo em seguimento ambulatorial e com testes negativos para trombofilia. Após seis meses de tratamento com antivitamina K, a paciente apresentou quadros de gengivorragia, sufusões hemorrágicas cutâneas e hipermenorragia, decidindo, por conta própria, parar o medicamento e encerrar o seguimento. Retornou após seis anos do primeiro episódio com novo quadro de trombose venosa profunda aguda, agora em membro contralateral. Diagnóstico por ultrassonografia Doppler, com trombo de aspecto recente que se estendia de veia poplítea até veia ilíaca externa, sendo internada devido a sintomatologia importante de dor e edema. Três meses após o segundo quadro ela segue em uso de rivaroxabana, em acompanhamento ambulatorial e sem complicações. Discussão e Conclusão: Apesar da incidência de agenesia de veia cava inferior ser baixa, em pacientes jovens que desenvolvem trombose venosa profunda extensa, sem fator de risco aparente, pode ser útil a realização de exame tomográfico para avaliação da drenagem venosa e diagnóstico de agenesia de veia cava inferior e com risco de uma nova trombose venosa profunda.

Palavras-chave: agenesia de veia cava ; trombose recorrente; malformação congênita

ID: 113546

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Julia Silveira Passerini / Passerini, M. J. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Amanda Baptistella / Baptistella, A. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Gabriela Souza Chmieleski / Chmieleski, G. S. / Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas - SP - Brasil; Ian Henrique da Silva Pereira / Pereira, I. H. P / Hospital PUC-Campinas; Amanda Bishop Perseguim / Perseguim, A. B. / Hospital PUC-Campinas; Tiago Seiki Gushiken Petrucci / Petrucci, T. S. G. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina C. Junqueira Emboaba / Emboaba, A. C. C. J. / Hospital PUC-Campinas; Otacílio de Camargo Junior / Camargo Junior, O. / Hospital PUC-Campinas;

Título: VASCULITE REUMATÓIDE

INTRODUÇÃO: A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica que afeta cerca de 1% da população mundial, com predileção pelo sexo feminino e sem desproporção entre raças. O quadro clínico pode se iniciar em qualquer idade, principalmente entre 30 a 50 anos. Sua etiologia é multifatorial, e relaciona fatores ambientais, comportamentais, genéticos, desequilíbrio imunológico e alterações neuroendócrinas. Frequentemente tem aparecimento insidioso e etiologia desconhecida, cuja principal manifestação é a sinovite persistente com acometimento de articulações periféricas de forma simétrica. As principais marcas da doença são as lesões na cartilagem e erosões ósseas com alterações na integridade articular. A AR é, portanto, uma doença sistêmica, que pode acometer diversos órgãos e sistemas como pele, coração, pulmões, músculos e, mais raramente, vasos sanguíneos, podendo levar a vasculite reumatóide (VR), uma complicação rara e extremamente grave. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 56 anos, negra, procura serviço de urgência com queixa de dor e cianose fixa em 2º e 3º pododáctilos esquerdos e 5º quirodáctilo direito há 2 semanas. Hipertensa controlada de base, tabagista, asmática, portadora de artrite reumatoide, osteoartrite e sífilis primária tratada. Ao exame, apresentava cianose fixa em falange distal de 5º quirodáctilo à direita e cianose em região plantar à direita. Em membro inferior esquerdo, apresentava cianose fixa em 2º pododáctilo, necrose seca não delimitada em falange distal de 3º pododáctilo, sem sinais infecciosos. Apresentava pulsos distais em membros superiores e inferiores palpáveis. Foi submetida a arteriografia de membros superiores e inferiores, tendo o diagnóstico de artérias pérvias com visibilização de fístulas arteriovenosas distais em ambos. Assim, foi feito diagnóstico de VR, após resultado de biópsia de lesão compatível com vasculite leucocitoclástica de pequenos vasos. Foi submetida a tratamento clínico com corticoesteróides, apresentando melhora da dor e estabilização das lesões tróficas. Após estabilização das lesões, paciente foi submetida a desbridamento cirúrgico e amputações dos dedos necróticos com boa cicatrização. Atualmente, encontra-se em seguimento ambulatorial com a cirurgia vascular e reumatologia. DISCUSSÃO: O acometimento da VR é bastante amplo, variando desde pequenos infartos periungueais, eritemas cutâneos, úlceras isquêmicas em membros inferiores e superiores, podendo evoluir até gangrena de extremidades. Entretanto, raramente apresenta neuropatia periférica com comprometimento sensorial e motor pelo acometimento da vasa nervorum. A VR é uma complicação grave da AR, que pode culminar em lesões tróficas menores e maiores, perda de dedos, membros superiores e inferiores. O diagnóstico precoce e tratamento imediato são de extrema importância, visto que seu retardo acarreta em amputações mais extensas e comprometimento importante da qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Vasculite Reumatóide; Artrite Reumatóide; Complicação

ID: 113591

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Jhonat Thalyson da Silva / Silva, J. T. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Jose Roberto Cavalcanti de Novais / Novais, J. R. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Lívia Aglaia Soares Maia de Carvalho / Maia, L. A. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Inácio Pereira Aguiar Junior / Aguiar, I. P. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; João Antonio Jacinto de Oliveira / Oliveira, J. A. / Universidade Tiradentes; Amanda Rodrigues da Silva / Silva, R. A. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Nayron Arthur Correia Farias / Farias, N. A. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Maria Clara Lopes Alves Nascimento / Nascimento, M. C. / Universidade Federal de Alagoas;

Título: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR VOLVO CECAL

O termo volvulus vem do latim volvere que significa torção 22 . Logo, o volvo cecal é uma torção axial envolvendo o ceco, o cólon ascendente e o íleo terminal, que resulta em uma obstrução em alça fechada do ceco, a qual, se persistir, desenvolverá comprometimento vascular. O Volvo de cólon é a terceira causa principal de obstrução do cólon no mundo, após o câncer colorretal e a diverticulite sigmóide complicada. Qualquer segmento móvel do cólon pode ser afetado pelo volvo, sendo o volvo cecal o responsável por cerca de 25% a 40% de todos os volvos que envolvem o cólon e por menos de 1% das causas de obstrução do intestino grosso. Este presente relato tem como objetivo descrever um caso de abdome agudo obstrutivo por volvo cecal, focando em seu diagnóstico e tratamento. Mulher, 46 anos, previamente hígida, passado de colecistectomia videolaparoscopia, com história de dor abdominal e constipação há 12 dias, associada a vômito há 10 dias. Negou febre e quadro semelhante previamente. Ao exame físico apresentava regular estado geral e ao exame do abdome apresentava distensão, dor à palpação superficial e profunda com sinais de peritonite. Nos exames laboratoriais apresentava leucocitose e PCR positivo, sem outras alterações. Por sua vez, a rotina radiológica de abdome agudo evidenciou distensão de alças (sinal do grão de café) e níveis hidroaéreos. Dessa forma, fechou o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo e foi indicado laparotomia, identificando volvo de ceco com dilatação de alças a montante e obliteração a jusante. Diante disso, foi realizada hemicolectomia direita com anastomose ileotransversa. Os sintomas mais comuns são dor abdominal associada a náuseas, vômitos, distensão abdominal e constipação. Ao exame físico, nota-se abdome distendido, percepção de tímpano generalizado e hipoatividade ou ausência de ruídos peristálticos.Anormalidades radiológicas são identificáveis em quase todos os pacientes com volvo cecal agudo, com dilatação cecal (98% -100%), nível de ar-líquido único (72% -88%), dilatação do intestino delgado (42% -55 %) e ausência de gás no cólon distal (82%). Por sua vez, a tomografia computadorizada apresenta sensibilidade de até 90%, os sinais de grão de café, bico de pássaro e redemoinho são três dos achados comuns. Em termos de tratamento, o volvo de ceco é sempre uma emergência cirúrgica, a hemicolectomia direita com anastomose ileotransversa é a opção cirúrgica mais aceita. Se o tratamento for adiado a mortalidade é superior a 30%, logo é imprescindível realizar o mais precoce possível.

Palavras-chave: Volvo; Obstrução; Laparotomia

ID: 113587

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lavinio Juliano Araújo Barbosa / Barbosa, L. J. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Jose Roberto Cavalcanti de Novais / Novais, J. R. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Lívia Aglaia Soares Maia de Carvalho / Maia, L. A. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Inácio Pereira Aguiar Junior / Aguiar, I. P. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Nayron Arthur Correia Farias / Farias, N. A. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Amanda Rodrigues da Silva / Silva, A. R. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; João Antonio Jacinto de Oliveira / Oliveira, J. A. / Universidade Tiradentes; Jhonat Thalyson da Silva / Silva, J. T. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho;

Título: ABDOME AGUDO PERFURATIVO SECUNDÁRIO À INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

A presença de corpo estranho (CE) no intestino grosso pode ocorrer por deglutição involuntária ou introdução pelo ânus. Por sua vez, a ingestão acidental de CE junto com a alimentação é um problema clínico comum nos serviços de atendimento de emergência. Todavia, a grande maioria dos corpos estranhos deglutidos transita no trato gastrintestinal sem consequências em um período de até uma semana, em cerca de 1% dos casos ocorre perfuração em algum ponto do trato gastrointestinal. Este relato tem o objetivo de descrever um caso incomum de perfuração de retossigmóide por corpo estranho alimentar. Paciente era homem, 56 anos, hipertenso, com história de dor abdominal de leve intensidade em andar inferior do abdome, associada à distensão da mesma região há cerca de 1 semana, constipado há 5 dias. Ao exame físico apresentava dados vitais dentro da normalidade e abdome globoso em região infra-umbilical, rígido e doloroso a palpação superficial e profunda nessa topografia. A Tomografia Computadorizada mostrou uma imagem alongada espontaneamente hiperdensa, situada na pelve superiormente a alça de intestino delgado, além do borramento da gordura em torno da mesma, correlacionando com alteração inflamatória, em decorrência da possível perfuração. Logo, prosseguiu com Laparotomia que evidenciou a presença de bloqueio envolvendo as alças de intestino delgado e retossigmoide, bem como a espinha de peixe, parcialmente exteriorizada na luz do retossigmoide. A perfuração intestinal geralmente é ocasionada por corpos estranhos alimentares alongados e pontiagudos, como espinha de peixe, ossos de galinha e palitos de dente. Nessa perspectiva, a espinha de peixe é a causa mais comum de perfuração do trato gastrointestinal, por ingestão acidental. Os locais mais comuns de perfuração do trato gastrointestinal inferior são nas regiões ileocecal e retossigmóide, todavia ao analisar o trato gastrointestinal por completo até 83% de todas as perfurações ocorrem nas alças ileais. A sintomatologia é referente ao quadro de abdome agudo, que pode incluir dor abdominal, náusea, vômitos, febre, peritonite, abscesso, fístula, obstrução intestinal e hemorragia gastrintestinal. Atualmente, a Tomografia Computadorizada é o método padrão ouro para o diagnóstico nos casos de abdome agudo perfurativo. A conduta terapêutica é individual, entretanto, no geral, os corpos estranhos localizados no esôfago e estômago são preferencialmente retirados por via endoscópica, já os localizados no intestino delgado são tratados cirurgicamente, com a ressecção segmentar da alça comprometida.

Palavras-chave: Corpo Estranho; Abdome Agudo Perfurativo; Laparotomia

ID: 113480

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Pedro Pastre Sponchiado / Sponchiado, P. P. / UNIFESP/EPM; Alexandre Lavorato Soares / Soares, A. L. / UNIFESP/EPM; João Eduardo Assis / Assis, J. E. / UNIFESP/EPM; Yahsmim de Lima / Lima, Y. / UNIFESP/EPM; Bianca Nunes de Almeida / Almeida, B. N. / UNIFESP/EPM; Giovanna Novais Campos / Campos, G. N. / UNIFESP/EPM; Vinicius Bignatto Carvalho / Carvalho, V, B. / UNIFESP/EPM; Sun Rei Lin / Lin, S. R. / UNIFESP/EPM;

Título: AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DE RETO POR HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SECUNDÁRIA A GIST: RELATO DE CASO

Amputação abdominoperineal de reto por hemorragia digestiva baixa secundária a GIST: relato de caso Introdução: Os tumores estromais gastrointestinais (GIST) são raros e originados das células de Cajal. Apresentam ampla distribuição no TGI, principalmente em estômago (55-70%) e delgado (25-35%), a minoria dos casos tem apresentação colorretal (5-10%), representando 0,2-1% dos tumores colorretais. Geralmente apresentam-se com sangramento nas fezes (50%), dor abdominal (40%) e alteração do hábito intestinal (30%). O relato apresenta um caso de HDB secundário a GST de reto baixo. Relato de caso: Este relato foi realizado em um hospital universitário quaternário, em conformidade com o SCARE Guideline 2020 e com o consentimento do paciente. Feminino, 60 anos, sem comorbidades, procurou o serviço com queixa de sangramento anal intermitente há 2 meses e perda ponderal de 5 kg. Ao exame físico, apresentava-se descorada, taquicárdica, normotensa, abdome sem alteração, toque retal com abaulamento a 5 cm da borda anal e sangue vivo. Análise laboratorial com hemoglobina de 6,2 g/dl. Realizada hemotransfusão e iniciada investigação complementar. Tomografia com lesão única heterogênea, aproximadamente 8 cm, em reto baixo, sem adenomegalias e lesões secundárias. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Colonoscopia com abaulamento suboclusivo próximo da linha pectínea, estendendo-se a 10 cm proximalmente, mucosa normal e laceração de 10 mm com sangramento ativo. Devido episódios recorrentes de enterorragia e necessidade de hemotransfusão, optado por laparotomia exploradora com abordagem perineal. Visualizada lesão de difícil palpação de cerca de 8,5 cm acometendo reto baixo e linha pectínea, sem lesões secundárias. Procedido com amputação abdominoperineal e colostomia definitiva. Anatomopatológico: tumor estromal com perfil imuno-histoquímico CD 117+ e CD 34+, compatível com GIST. Paciente evoluiu sem intercorrências, com alta no sétimo dia pós-operatório. Discussão: Os GISTS colorretais são raros, a localização mais comum é o reto. GISTS maiores que 2cm costumam ser sintomáticos, manifestando-se com dor, obstrução ou sangramento. A paciente em questão evoluiu com HDB refratária às medidas sendo necessário cirurgia de urgência. O tratamento de GIST de reto baixo é baseado na ressecção com margens livres, sem linfadenectomia, com taxa de recidiva local de 31%. Durante a revisão de literatura foram encontrados 7 casos de GIST de reto baixo que foram submetidos à cirurgia, sendo 4 submetidos a amputação abdominoperineal e 3 submetidos a ressecção transanal. Entretanto, nenhum dos casos apresentava-se com critérios de urgência devido à HDB. No exposto, devido a necessidade de cirurgia de urgência, não houve a possibilidade de realização de neoadjuvância, apesar de relatos mostrarem desfechos favoráveis, principalmente em tumores volumosos e de reto baixo. Este relato tem como finalidade adicionar um diagnóstico diferencial para tumores de reto baixo e HDB.

Palavras-chave: GIST; Hemorragia digestiva; Amputação abdominoperineal

ID: 112654

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Enzo Prandi de Carvalho / Carvalho, E.P. / Hospital Unimed Sao Domingos-HUSD; Tayanne Fonseca Rodrigues / Rodrigues,T.F. / Faculdades Integradas Padre Albino - FIPA/FAMECA; Fernanda Magni Cadamuro / Cadamuro , F.M / Faculdades Integradas Padre Albino - FIPA/FAMECA; Ayder Anselmo Gomes Vivi / VIVI, A.A.G / Faculdades Integradas Padre Albino - FIPA/FAMECA;

Título: COLECTOMIA TOTAL EM MULHER ADULTA COM DOENÇA DE HIRSCHSPRUG

Introdução: A Doença de Hirschsprung (DH), também conhecida como Megacólon Congênito, tem sido descrita como uma afecção congênita em Recém-nascidos (RN) com constipação grave associada à dilatação e hipertrofia do cólon. Para elucidar o diagnóstico, é necessária a realização de exames complementares, mas o padrão ouro é a biópsia retal. O tratamento é sempre cirúrgico, visando a retirada da parte aganglionar e a restauração da continuidade do intestino. Assim, optamos por relatar o caso de uma paciente 30 anos de idade com constipação crônica desde o nascimento, que foi diagnosticada com DH, necessitando de intervenção cirúrgica. Relato do caso: Paciente A. F. D.M, sexo feminino, 30 anos , procurou nosso atendimento com queixa de dor abdominal acompanhado de evacuação em pequena quantidade desde a infância, intercalando-se com períodos de constipação, ficando até 12 dias sem evacuar associado a uso recorrente de supositório e/ou enemas. Refere que nos últimos 13 anos passou passou por múltiplos atendimentos com realização de tomografias e colonoscopias, entretanto sem auxílio na elucidação diagnóstica. Em 2020 realizou manometria anorretal com resultado concluindo presença de contração voluntária reduzida e contração paradoxal do músculo puborretal. Portanto, nesta ocasião recebeu diagnóstico de megacólon. Relata ainda que apresentou dois episódios de volvo com resolução espontânea nos últimos dois anos, sendo o primeiro em agosto/2021 e o último em janeiro/2022. Logo após o segundo episódio de volvo a paciente passou por atendimento com a nossa equipe, ocasião na qual foi solicitado exame de enema opaco que evidenciou sinais de dilatação e perda parcial das haustrações do ângulo esplênico do cólon até reto. Diante do diagnóstico de megacólon por doença de Hirschprung optamos pelo tratamento cirúrgico ,onde foi realizada colectomia total com anastomose íleo-retal. Paciente evoluiu bem em pós operatório, recebendo alta no terceiro dia de pós operatório. Paciente manteve-se bem em pós operatório tardio, permanecendo assintomática, com boa aceitação alimentar e apresentando hábito intestinal três vezes ao dia com fezes de aspecto pastoso. Em retorno foi checado resultado de anatomopatológico que confirmou diagnóstico. Discussão: A DH é uma anomalia congênita que afeta 1 em cada 5.000 nascidos vivos. Caracteriza-se pela ausência de células ganglionares, sendo que 80 a 90% dos casos são diagnosticados no período neonatal. A demora entre o início das manifestações clínicas e a investigação da doença aumenta o risco de complicações, com enterocolite mais frequente, além de aumentar a morbimortalidade do megacólon congênito. Com o presente estudo, objetivamos enfatizar a importância do tratamento cirúrgico na qualidade de vida do doente e a importância de realizar o diagnóstico precocemente. Além de relatar o caso de uma intervenção cirúrgica por DH em uma idade avançada e onde a doença acometia todo o colón

Palavras-chave: Doença de Hirschsprung; Enterocolite; Biópsia retal

ID: 113413

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Laís de Paula Silva / SILVA, Laís de Paula / Mário Palmério Hospital Universitário; Mariana Layla de Oliveira Silva / SILVA, Mariana Layla de Oliveira / Mário Palmério Hospital Universitário; Yuri Bittencourt / BITTENCOURT, Yuri / Universidade Federal de Uberlândia; Lucas Pimenta de Almeida / ALMEIDA, Lucas Pimenta de / Mário Palmério Hospital Universitário; Matheus Vieira Braga Mattos / MATTOS, Matheus Vieira Braga / Mário Palmério Hospital Universitário; Júlia de Lima Cabral / CABRAL, Júlia de Lima / Mário Palmério Hospital Universitário; Guilherme Azevedo Terra / TERRA, Guilherme Azevedo / Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Juverson Alves Terra Junior / JUNIOR, Juverson Alves Terra / Universidade Federal do Triângulo Mineiro;

Título: DESAFIO DIAGNÓSTICO DE NEOPLASIAS COLORRETAIS EM ADULTOS JOVENS

O adenocarcinoma de cólon retal é o quarto tipo de neoplasia mais incidente no Brasil. As manifestações clínicas dependem da localização. No cólon ascendente, diarreia e dor abdominal são mais comuns, já em estágios avançados predominam anemia e visceromegalias. No transverso, pode surgir constipação, plenitude abdominal e sangue oculto nas fezes. No descendente, predomina obstipação intestinal e alteração de hábito intestinal. CAS 23 anos, masculino, hígido, apresenta-se com quadro álgico abdominal difuso, tipo cólica há 2 meses, associado a constipação intestinal, melena, perda ponderal, episódios esporádicos de distensão abdominal com parada de eliminação de flatos e fezes, com resolução espontânea. Ao exame, abdome flácido, timpânico, pouco doloroso, sem peritonite ou massas palpáveis. Os exames laboratoriais demonstravam anemia e leucopenia leve. Sem antecedentes oncológicos na família. Na tomografia computadorizada de abdome havia área de espessamento parietal com realce pós contraste no segmento proximal do cólon transverso, não estenosante, associado a processo inflamatório da gordura mesentérica adjacente. Indicou-se laparoscopia de urgência devido à obstrução aguda após tentativa de preparo do cólon para realizar colonoscopia. Foi evidenciado carcinomatose e grande distensão de alças. Em seguida realizou-se laparotomia com lesão estenosante em cólon transverso próximo a flexura hepática com acometimento linfonodal. O paciente foi submetido à colectomia direita estendida com linfadenectomia e confecção de ileostomia. Recebeu alta no 5° dia pós operatório. O anatomopatológico revelou adenocarcinoma invasor de células colunares do tipo usual do intestino grosso, pouco diferenciado, pT4apN2aM1. Segue em tratamento adjuvante com boa resposta e em programação de reconstrução de trânsito. O câncer colorretal é mais prevalente em pacientes com mais de 50 anos, 90% dos casos. Dentre o restante, apenas 3% representam menores de 30 anos. O diagnóstico em pacientes jovens, na maioria das vezes é tardio, devido a maior frequência de afecções benignas nessa mesma faixa etária, o que retarda o diagnóstico. O tumor classifica-se em esporádico, responsável por 70 a 75% dos casos, e hereditário, 25 a 30%. A grande maioria se desenvolve a partir de um pólipo adenomatoso. A classificação histológica se dá em: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado. Em pacientes com menos de 40 anos, o tumor é mais agressivo, o que justifica o diagnóstico na fase avançada da doença. Ressalta-se a necessidade de investigação de doenças genéticas neste grupo. O câncer colorretal em adultos jovens parece ser uma doença distinta, caracterizada pela agressividade biológica, porém sem refletir sobre o prognóstico, visto bom status-performance no momento da abordagem cirúrgica.

Palavras-chave: Adenocarcinoma; colorretal; jovem

ID: 113788

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Giovanna Mayumi Righi / RIGHI, G. M. / UNISA; Romário Daniel da Silva Queiroz / QUEIROZ, R. D. S. / UNISA; Thaís Ferreira de Oliveira / OLIVEIRA, T. F. / UNISA; Orlando Contrucci Filho / FILHO, O. C. / UNISA;

Título: DISCORDÂNCIA CLÍNICO-RADIOLÓGICO NA FIBROSE CÍSTICA: UM RELATO DE CASO

Introdução: A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva multissistêmica, que afeta, predominantemente, os pulmões e o sistema gastrointestinal. De acordo com o Ministério da Saúde, as manifestações gastrointestinais variam para cada pessoa, podendo incluir constipação e síndrome de obstrução intestinal distal (DIOS). No relato em questão, viu-se um caso raro, ocorrido no Hospital Regional Sul, de um paciente portador de mucoviscidose em fase de não adesão medicamentosa por decorrência da pandemia da COVID-19, que evoluiu com problemas gastrointestinais e necessitou de intervenção cirúrgica não pertinente por achados tomográficos que geraram conflito com outras hipóteses diagnósticas, mesmo havendo discrepância com a clínica. Descrição do Caso: L.O.S.M., 13 anos, negro, natural e procedente de São Paulo, chega ao Hospital Regional Sul referindo dor abdominal súbita tipo cólica e difusa pelo abdômen, acompanhado por náuseas, vômitos, anorexia e parada de eliminação de fezes e flatos há 1 dia. Ao exame físico, o paciente estava em regular estado geral, eupneico, desidratado ++/++++, anictérico, afebril, descorado +/++++ e emagrecido. Exame cardiopulmonar dentro da normalidade, abdome levemente distendido, doloroso à palpação, com ruídos hidroaéreos pouco aumentados. Descompressão brusca negativa, tendo inicialmente dor em epigástrio, a qual tornou-se difusa, sem migração. O paciente era portador de colecistopatia calculosa e fibrose cística. Em exames laboratoriais não foi encontrado nada digno de nota. Quanto aos exames de imagem, a Tomografia Computadorizada estava dentro da normalidade, salvo pelo apêndice cecal com calibre aumentado, paredes espessadas e coexistentes com densificação da gordura mesentérica circunjacente, sendo compatíveis com apendicite aguda. Em função desse laudo, foi realizada uma apendicectomia que possibilitou a visualização da saída de uma secreção fecalóide de sua luz, espessa e viscosa. À avaliação completa da cavidade abdominal, notou-se uma massa impactada no íleo terminal, indicando uma síndrome da obstrução intestinal distal. Discussão: Como observado nos estudos, a FC afeta o trato gastrointestinal num processo obstrutivo causado pelo aumento da viscosidade do muco. Estudos mostram que a localização intestinal mais crítica afetada é o íleo distal e o cólon. A diretriz da Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica define a presença de obstrução intestinal com base em vômitos biliosos ou níveis hidroaéreos na radiografia abdominal, dor e/ou distensão abdominal e presença de massa fecal íleo-cecal. Exclusivo da FC, o DIOS resulta de conteúdos intestinais espessos e aderentes que obstruem o íleo terminal e o cólon proximal. Os pacientes geralmente se queixam de dores intermitentes que variam de leve a intratável e que podem ou não estar localizados no quadrante inferior direito, sendo palpado uma massa neste quadrante. Raramente ocorre obstrução intestinal completa.

Palavras-chave: Fibrose Cística; Trato gastrointestinal; Mucoviscidose

ID: 112763

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marilia Siqueira Procópio de Oliveira / Oliveira, M.P. / Hospital Unimed Sao Domingos-HUSD; Enzo Prandi de Carvalho / Carvalho,E.P. / Hospital Unimed Sao Domingos-HUSD; Bruno Ziade Gil / Gil, B. Z. / Hospital Unimed Sao Domingos-HUSD; Sidney Moreno Gil / Gil, S. M / Hospital Unimed Sao Domingos-HUSD;

Título: DIVERTICULITE AGUDA COMPLICADA

INTRODUÇÃO A diverticulose aguda do cólon esquerdo é comum nos países ocidentais, com sua prevalência aumentando em todo o mundo. A diverticulite é um problema comum encontrado por cirurgiões ocidentais no cenário agudo. O cólon sigmóide é geralmente a parte mais comumente envolvida, enquanto a diverticulite aguda do lado direito é mais rara, mas muito mais comum em populações não ocidentais. Os exames de imagem têm papel crucial para o adequado manejo da doença diverticular. Entre eles, a tomografia computadorizada (TC) é considerada o método de escolha pelos protocolos da Sociedade Americana de Coloproctologia. RELATO DE CASO Paciente masculino, 34 anos, deu entrada no serviço de emergência no Hospital Unimed São Domingos em Catanduva- SP dia 13/12/2021 com dor em região de fossa ilíaca esquerda (FIE) há 2 dias. Negava comorbidades. Ao exame físico: bom estado geral ,corado/hidratado/anictérico/acianótico/afebril, sinais vitais estáveis , abdome: flácido a palpação, ruídos hidroaéreos presentes, dor a palpação em FIE e descompressão brusca positiva em FIE. Conduta: internação para investigação do caso. Dieta zero. Prescrição de antibióticos e sintomáticos. Feita Tomografia Computadorizada Contrastada de Abdômen, com os seguintes achados: divertículos isolados pelo cólon descendente, borramento de gordura perivesical em topografia de FIE, pneumoperitonio de pequeno volume em topografia de FIE, pequena quantidade de liquido em FIE. Estagio tomográfico 1 na escala Hinchey Após 2 dias, apresentou piora da dor em FIE, DB positivo, sinais de peritonismo . Feita TC Contrastada de Abdômen com os seguintes achados: divertículos pelo cólon descendente, espessamento parietal e borramento de sua gordura perivisceral, liquido em topografia da fossa ilíaca esquerda e pelve, pneumoperitonio , percebe-se a evolução tomográfica de para Hinchey 3. Frente a isso optou-se por fazer uma retosigmoidectomia videolaparoscopica + ileostomia + drenagem de abscesso pélvico. No intraoperatorio : liquido purulento em FIE e pelve, com presença de bloqueio do cólon sigmoide na parede abdominal e alças de delgado. Identificado seguimento de cólon sigmoide espessado com intenso processo inflamatório e perfuração.Paciente apresentou boa evolução no pós operatório , com alta no quinto dia de pós operatório. DISCUSSÃO As técnicas de imagem radiológica que são usadas para diagnosticar a diverticulite sao US e TC. Atualmente, a TC é o método estabelecido de escolha quando comparada à USG.Essa abordagem é o padrão ouro tanto para o diagnóstico quanto para o estadiamento de pacientes com diverticulite devido à sua excelente sensibilidade e especificidade. A tomografia computadorizada também pode descartar outros diagnósticos,. Salientamos a importância do diagnostico preciso e rápida tomada de conduta frente a uma complicação de doença diverticular, pois se trata de uma doença dinâmica e com rápida evolução , como no caso exposto.

Palavras-chave: Doença diverticular; Diverticulite; Diverticulite complicada

ID: 113562

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rayana Endy Maziero / MAZIERO, R. E. / Universidade Federal do Paraná; Izabella Maria Lopes Titon / TITON, I. M. L. / Universidade Federal do Paraná; Luan Zacarias Nunes / NUNES, L. Z. / Universidade Federal do Paraná; Rafaella Tomomi Oishi / OISHI, R. T. / Universidade Federal do Paraná; Flávia Fernanda de França / FRANÇA, F.F / Universidade Federal do Paraná; Jonas Takada / TAKADA, J. / Universidade de São Paulo; Raquel Laís Kreuz / KREUZ, R. L. / Universidade Federal do Paraná;

Título: DIVERTICULITE CECAL PERFURADA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Diverticulite cecal apresenta-se como um dilema devido à clínica praticamente indistinguível da apendicite aguda. O diagnóstico é feito frequentemente no intra-operatório e o tratamento varia desde antibioticoterapia à ressecção do cólon direito. No relato de caso abaixo, descrevemos o caso de um paciente que apresentou sintomas, exames laboratoriais e de imagem característicos de apendicite aguda. Durante a cirurgia foi constatado diverticulite cecal perfurada, optamos por colectomia parcial direita com recuperação plena do paciente. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 32 anos, dor intensa em FID iniciada há 5 dias, não irradiada, associada a náuseas. Ao exame físico, abdômen flácido, RHA+, dor à palpação difusa, acentuada em FID. Leucocitose com leve desvio à esquerda. TC de abdômen indicou presença de ar no apêndice, espessamento da parede intestinal, coleção líquida extraluminal e densificação da gordura pericólica adjacente. Após incisão em FID, observamos saída de líquido entérico proveniente de perfuração diverticular do ceco. Optou-se por laparotomia mediana e colectomia direita parcial com anastomose primária do cólon ascendente e íleo distal. Evolução sem intercorrências e alta no 4º dia pós-operatório. DISCUSSÃO: Divertículos colônicos ocorrem com maior frequência no cólon descendente e sigmóide. A diverticulite cecal se apresenta de forma idêntica a um quadro de apendicite aguda: dor em FID, febre e leucocitose. Tomografia de abdômen é o exame de imagem de escolha, achados incluem espessamento da parede do cólon, coleção extraluminal e densificação da gordura pericólica adjacente. Utiliza-se a classificação de Hinchey para graduar a gravidade da diverticulite: estágio 1, abscesso pericólico ou mesentérico; estágio 2, abscesso intra-abdominal ou retroperitoneal; estágio 3, peritonite purulenta e ruptura do abscesso; estágio 4, peritonite fecal. Tratamento varia desde o manejo conservador até a ressecção segmentar. Diferente da abordagem padrão na apendicite aguda (incisão abdominal em FID), na diverticulite do ceco a laparotomia mediana deve ser a abordagem de escolha. Maioria dos divertículos solitários do ceco situam-se próximo à válvula ileocecal, sendo a ileocolectomia com anastomose ileocólica o procedimento de escolha. As características clínicas e o diagnóstico intraoperatório do caso relatado foram consistentes com Hinchey fase 3, a terapêutica através da colectomia direita levou a resolução bem sucedida do quadro com recuperação satisfatória no pós-operatório.

Palavras-chave: Diverticulite cecal perfurada; apendicite aguda; diagnóstico intraoperatório

ID: 113520

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Oriane da Silva Pimenta / Pimenta, O.S. / HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS ; João Augusto Casagrande / Casagrande, J.A. / Universidade José do Rosário Vellano; Livia Bagodi Missura / Missura, L. B. / Universidade José do Rosário Vellano; Julia Dayrell Beretens / Beretens, J. D. / Universidade José do Rosário Vellano; Karem Yapuck Pereira de Almeida / Almeida, K.Y.P. / HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS; Samuel Nuno Pereira Lima / Lima, S.N.P. / HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS; Carlos Renato dos Reis Lemos / Lemos, C.R.R. / HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS;

Título: FISTULA ANAL EM FERRADURA EM PACIENTE PEDIATRICO

INTRODUÇÃO A fístula anal é uma evolução da doença supurativa anorretal, formando uma comunicação anômala entre uma abertura interna no canal anal e uma abertura externa cutânea, da qual o abscesso é drenado. Sua etiopatogenia é devido à infecção das glândulas anais, formando abscesso criptoglandular, embora também tenha outras causas, como Doença de Crohn e trauma. Fístula e abscesso perianal podem coexistir ou estar associados a aberturas internas atípicas e a múltiplos trajetos, podendo ser simples ou complexas. Um exemplo raro de fístula complexa é a fístula em ferradura, a qual cursa circunferencialmente em redor do bordo externo do esfíncter externo. De maneira geral, as fístulas representam cerca de 70% das supurações perianais e o tratamento é quase sempre cirúrgico. Apresentamos um caso de fístula anal em ferradura em um paciente pediátrico. RELATO DE CASO Paciente do sexo masculino, 12 anos, portador de obesidade e paralisia em hemicorpo à esquerda como sequela de hipóxia neonatal, queixando de dor contínua em região perianal, com piora à deambulação e ao repouso. Relatava episódios prévios de abscesso perianal, com drenagem espontânea. Estava em acompanhamento ambulatorial com coloproctologista, que realizou investigação para doença de Crohn, sendo descartada tal patologia. Ao exame físico, na inspeção, possuía dois orifícios externos perianais: anterolateral direito e anterolateral esquerdo. Haja vista o quadro clínico e estudo imaginológico com ressonância magnética, foi indicado tratamento cirúrgico eletivo para a fístula anal. No intraoperatório, foi realizado cateterização dos trajetos fistulosos, sendo observado fístula transesfincteriana à direita e fístula interesfincteriana à esquerda. Ao realizar exploração dos trajetos, notou-se uma comunicação anterior das fístulas, caracterizando uma fístula anal em ferradura. Em seguida, foram feitas fistulotomias com exérese dos orifícios externos e curetagem dos trajetos, colocado sedenho lateral direito, lateral esquerdo e anterior, utilizando vessel loop, e realizado revisão de hemostasia. No pós-operatório, o paciente não teve intercorrências e apresentou bom controle álgico, recebendo alta hospitalar no dia seguinte. Três meses após a cirurgia, apresentou ótima cicatrização da região perianal ainda com presença do vessel loop, aguardando segundo momento cirúrgico. DISCUSSÃO Apesar de não haver um consenso de qual melhor opção de tratamento para fístulas anais, o cirúrgico é o de escolha, quando relacionado ao prognóstico, à resolução do quadro e a taxas de recidivas, sendo ainda um grande desafio aos cirurgiões no tratamento de fístulas anais complexas. Em relação ao caso descrito, com a técnica utilizada, teve uma boa cicatrização no pós-cirúrgico, com boa evolução, mantendo a presença do sedenho (vessel loop), aguardando o término do tratamento em um segundo tempo, com isso, diminuindo quadros inflamatórios e drenagem de abscessos.

Palavras-chave: Fístula; anal; ferradura

ID: 113128

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Natallia Meira Gonsalez / Gonsalez, N M / HMCC; Hisashi Aoyagi / Aoyagi, H / Hospital Municipal do Tatuape; Newton Pinto Araújo Neto / Neto, N P A / Hospital Municipal do Tatuape; Guillermo Fernandes Eguez Jelski / Jelski, G F E / Hospital Municipal do Tatuape; Victor Capone Quintana / Capone, V / Hospital Municipal do Tatuape; Autha Maria Mendes de Oliveira / Oliveira, A M M / Hospital Municipal do Tatuape; Daiane Ribeiro de Souza / Souza, D R / Hospital Municipal do Tatuape; Gabriela Lima Valente Coelho / Valente, G L / Hospital Municipal do Tatuape;

Título: INTUSSUSCEPÇÃO DE APÊNDICE CECAL

A invaginação do apêndice no ceco é um raro tipo de intussuscepção, cuja incidência é de aproximadamente 0,01% da população. As manifestações clínicas são diversas e podem ser confundidas com outras patologias, sendo seu diagnóstico pré-operatório raro. Paciente do sexo masculino, 23 anos, dor abdominal intensa, em fossa ilíaca direita há 2 (dois) dias. O exame físico mostrou um regular estado geral, dor importante em fossa ilíaca direita, não irradiada, descompressão brusca negativa. Os exames laboratoriais apresentavam leucocitos de 10.500 sem desvio e PCR 7,9. TC de abdomem e pelve, mostrou sinais de invaginação ileocecocólica, associada a tênue densificação dos planos gordurosos circunjacentes e finas lâminas líquidas de permeio, sem sinais de oclusão/suboclusão intestinal. Apêndice cecal com calibre aumentado medindo até 1,0cm, sem densificação significativa da gordura adjacente. Realizada laparotomia exploradora, com achado de apêndice cecal edemaciado, invaginado em ceco, base edemaciada, em formato de anel em ceco, formando intussuscepção. Mesoapêndice aumentado em extensão e móvel, restante do ceco com paredes finas. Realizada a redução do apêndice, com posterior apendicectomia. Paciente permaneceu internado por 2 dias e recebeu alta. O apêndice cecal foi enviado ao exame anátomo patológico, com o diagnóstico de apendicite aguda. DISCUSSÃO: A invaginação do apêndice cecal é uma patologia rara de difícil diagnóstico, ocorre em cerca de 0,01% da população e não possui uma faixa etária específica. A real etiologia dessa patologia é desconhecida, mas muitas condições estão relacionadas, incluindo variações anatômicas do apêndice, mobilidade do mesoapêndice, movimentos peristálticos anormais. Outras condições que pode estar relacionadas: fecalito, corpo estranho, polipos, parasitas, hipertrofia linfocitária, mucocele apendicular, adenocarcinoma de apêndice, tumor carcinoide e implantação de endométrio, além da causa idiopática. No geral, sua sintomatologia incluem: casos aparentando apendicite aguda; casos apresentando clínica de intussuscepção intestinal (dor abdominal, vômitos e alguns com constipação e melena); casos com crises recorrentes de dor abdominal em fossa ilíaca direita, por vezes com vômitos e melena. É considerada uma patologia de difícil diagnóstico por imagem, Ultrassom de abdômen é o método de escolha em crianças com sintomas sugestivos, sendo por vezes possível evidenciar um sinal clássico de casca de cebola, A TC costuma ser o método de imagem mais utilizado e preciso para o diagnóstico desta patologia. Após realizado o diagnóstico, o tratamento de escolha é cirúrgico, geralmente realiza-se apendicectomia tradicional (quando a intussuscepção é parcial ou possível de ser reduzida), porém pode ser necessária a ressecção parcial do ceco, quando a redução é impossível ou o apêndice encontra-se completamente invertido.

Palavras-chave: apêndice cecal; Intussuscepção ; Apendicite

ID: 113391

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lucas Medina Areosa / Areosa, L.M / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Vitor Augusto Ribeiro Oliveira / Oliveira, V.A.R / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Raimundo Nonato Ribeiro de Oliveira Junior / Oliveira Junior, R.N.R / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Prisco de Paiva Bezerra Segundo / Bezerra Segundo, P.P / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Vanir Ibiapino da Silva Junior / Silva, V.I / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Amanda Casagrande Dias / Dias, A.C / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Fagner Henrique Costa / Costa, F.H / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Marcos Zuqueto Farias / Farias, M.Z / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP;

Título: MEGACÓLON CONGÊNITO - DIAGNÓSTICO TARDIO EM PRONTO SOCORRO: RELATO DE CASO

Introdução O megacólon é caracterizada por dilatação intestinal acompanhada por aumento da parede por enrijecimento ou hipertrofia da camada muscular, na ausência de obstrução mecânica. Quando se manifesta na infância, pode estar associada a mal formação congênita do cólon, defeito este na migração de células a partir da crista neural, culminando em um segmento agangliônico, em que há ausência dos plexos mioentéricos de Meissner e Auerbach, a esta condição denomina-se Doença de Hirsprung. Relato de Caso Paciente masculino, 22 anos de idade, portador de paralisia cerebral severa, pouco comunicativo, vem trazido ao pronto socorro com queixas recorrentes de dor abdominal, associadas a distensão abdominal importante, não acompanhadas por vômitos, familiares afirmam que os quadros estão presentes desde a infância, sendo necessários diversas vezes o uso de laxativos para evacuação, após avaliação e constatação de quadro sub-oclusivo, optado pela realização de exames de imagem, então evidenciado dilatação colônica isolada, optado por intervenção cirúrgica, no intraoperatório, todo cólon de aspecto dilatado e disfuncionalizado, sem evidências de perfurações ou isquemia, transição retossigmoide de aspecto normal, sem dilatação ou sinais de sofrimento, optado por ressecção, tipo colectomia total e anastomose ileorretal. Paciente recebe alta após 1 semana e mantém acompanhamento no ambulatório de regressos. Discussão O diagnósticos da doença de Hirsprung em recém nascidos pode ser dado pela suspeita clínica, associada a presença de exames de imagem, principalmente o enema opaco, entretanto é na biopsia que se tem o padrão ouro, evidenciando a agangliose congênita. A associação da doença com pacientes portadores de síndrome de Down é bem estabelecida, também há uma associação mais importante com pacientes do sexo masculino, numa escala de 4:1. Apesar de bem estudada na literatura, muitos casos deixam de ser diagnosticados na infância, devendo ser levado em consideração como diagnósticos diferenciais em casos de obstrução funcional, mesmo na idade adulta, sendo neste caso a opção pelo tratamento da urgência, e após eletivo o tratamento para a causa base, de forma programada.

Palavras-chave: hirsprung; megacolon

ID: 113306

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Fernanda Coutinho Kubaski / Kubaski, F.C. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Francisco Loes / Loes, F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Hamilton Cardoso Hilgert / Hilgert, H.C. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; José Igor Ferreira da Silva / Silva, J.I.F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição;

Título: MUCOCELE DE APÊNDICE CECAL: RELATO DE CASO.

INTRODUÇÃO: Mucocele de apêndice é o termo utilizado para o achado de acúmulo de secreção mucinosa cursando com dilatação do órgão. Histologicamente pode ser classificada em mucocele simples (cisto de retenção), hiperplasia da mucosa, cistoadenoma mucinoso e cistoadenocarcinoma mucinoso. Mais comum em adultos do sexo feminino, é um achado incomum, com incidência entre 0,2-0,4% das apendicectomias. A maioria dos casos se apresenta de forma assintomática, podendo ter seu diagnóstico firmado por exames de imagem ou como achado incidental em laparotomias ou exames histopatológicos, eventualmente tem clinica semelhante a quadro de apendicite aguda. RELATO DE CASO: Paciente VMCC, 60 anos, sexo feminino, hipertensa e ex tabagista, encaminhada à cirurgia geral devido a achado de mucocele de apêndice em tomografia (TC) de abdome para investigação de nefrolitíase, sem queixas gastrointestinais, com hábitos fisiológicos preservados, sem perda de peso. CEA 3,56. CA 19-9: 11,59. CA 125: 9. Colonoscopia evidenciando angiectasias no ceco e diminutos pólipos sésseis em cólon transverso, sigmoide e no reto, ressecados (adenomas tubulares com displasia de baixo grau). TC de tórax sem alterações. Paciente submetida a apendicectomia videolaparoscópica, com apêndice retirado íntegro em bolsa coletora, recebeu alta no segundo pós operatório. Anatomopatológico: apêndice cecal exibindo luz dilatada, ocupada por restos alimentares e conteúdo fecal, com reação de corpo estranho (material calcificado em meio ao conteúdo fecal. Ausência de displasia ou neoplasia. DISCUSSÃO: Mucocele de apêndice constitui patologia incomum, quando diagnosticada no pré operatório deve ser avaliada de forma minuciosa, idealmente com TC de abdome para analisar características de malignidade (diâmetro maior de 2cm, irregularidade da parede, acometimento linfonodal, espessamento da gordura adjacente). Ademais, avaliação completa do cólon deve ser realizada com colonoscopia visto que cerca de 20% dos pacientes com mucocele apresentam tumor de cólon sincrônico. O tratamento de escolha para mucoceles de apêndice é a apendicectomia, que pode ser realizada via laparoscópica, com cuidado para evitar a ruptura da mucocele durante a apendicectomia, pelo risco de pseudomixoma peritoneal, especialmente nos casos de cistoadenocarcinoma. Nos casos de perfuração ou acometimento linfonodal, hemicolectomia é indicada.

Palavras-chave: Mucocele; Apêndice cecal; Apendicectomia

ID: 113538

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Emanuel da Silva Oliveira Neto / Oliveira Neto, E. S. / UNISA; Thiago Seibel Storch / Storch, T. S. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Isabella Magnago Batista / Batista, I. M. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Thales Felipe Pereira / Pereira, T. F. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer, B. M. / UNISA; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, E. J. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Catarina Martins Ceroni Ivo / Ivo, C. M. C. / UNISA;

Título: NEOPLASIA DE SIGMOIDE E MIOMATOSE UTERINA VOLUMOSA TRATADOS CIRURGICAMENTE

INTRODUÇÃO: O câncer de cólon é a doença maligna mais comum do trato gastrointestinal, sendo o cólon sigmóide responsável por aproximadamente 39,2% de todos os cânceres de cólon. No estágio inicial, os sintomas são, normalmente, leves ou imperceptíveis, sendo dificilmente detectados. Entretanto, nos estágios médios e tardios, desconforto abdominal persistente, dor incômoda, inchaço, constipação e obstrução intestinal, são facilmente encontrados. Os miomas, ou leiomiomas uterinos, são tumores benignos das células musculares lisas do útero e podem ser assintomáticos ou podem apresentar menorragia, dor, infertilidade ou abortos. Cerca de 50 a 77% das mulheres estão propensas a terem miomas, sendo a leiomiomatose uterina a causa mais comum de morbidade. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, considerando tamanho e localização, sendo as cirurgias, histerectomia e miomectomia, intervenções mais realizadas devido à eficácia em relação ao tumor e sintomatologia. Este trabalho tem por objetivo expor um relato de caso de uma paciente de 58 anos com diagnóstico de neoplasia do sigmóide e miomatose uterina volumosa que foram tratados cirurgicamente. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 58 anos, diabética em uso de metformina e glicazida e hipertensa não tratada, com antecedente de salpingectomia direita. Apresenta-se com dor abdominal difusa há 3 dias, com piora à palpação e sem irradiações. Nega febre, náuseas, vômitos, nem alterações urinárias e gastrointestinais. Iniciado antibioticoterapia na admissão. Realizada histerectomia total, salpingectomia esquerda, ooforectomia bilateral, enterectomia segmentar, retossigmoidectomia, colectomia esquerda por adenocarcinoma moderadamente diferenciado de retossigmoide. Paciente instável ao término do procedimento, mantida sedação, noradrenalina e Intubação Orotraqueal e encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva. Após progressão para bom estado geral e exames físicos sem alterações, paciente recebe alta no 18º dia pós-operatório com orientações para dieta a domicílio e sintomáticos. DISCUSSÃO: O diagnóstico precoce e tratamento cirúrgico tanto do adenocarcinoma de sigmóide quanto da miomatose uterina são os mais recomendados e a aplicação das técnicas adequadas para cada um dos procedimentos trazem benefícios comprovadamente satisfatórios para os pacientes. As condições pré-operatórias são fundamentais para que se possa ter o maior sucesso na intervenção cirúrgica, apesar de terem sido, inevitavelmente, a opção de escolha para o caso relatado.

Palavras-chave: Neoplasia; Sigmoide; Miomatose

ID: 112662

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Manuela Moreira Mota / Mota, M. M. / Universidade de Santo Amaro; Arcanjo Felipe Júnior / Júnior, A. F. / Universidade de Santo Amaro; Orlando Contrucci Filho / Filho, O. C. / Universidade de Santo Amaro; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, E. J. / Universidade de Santo Amaro; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer, B. M. / Universidade de Santo Amaro;

Título: NEOPLASIA DE TRANSVERSO FISTULIZADA PARA ESTÔMAGO SIMULANDO ÚLCERA GÁSTRICA HEMORRÁGICA: UM RELATO DE CASO

Introdução: A hemorragia digestiva corresponde a uma das emergências clínicas mais comuns na admissão hospitalar. A hemorragia digestiva alta (HDA) é definida como qualquer sangramento anormal com origem proximal ao ângulo de Treitz. Dentre as principais causas de HDA, encontram-se: úlcera péptica; varizes gastroesofágicas; gastrites; esofagites; más-formações vasculares; neoplasias e indeterminadas. A úlcera péptica representa a principal causa de HDA com incidência de 35-50%. As manifestações clínicas mais comuns são hematêmese e melena. Em casos mais graves, pode haver enterorragia, com evacuação de sangue vivo, decorrente do efeito catártico do sangue levando às vezes pensarmos em HDB, geralmente associada à hipotensão ortostática e em casos graves, há risco de choque hipovolêmico; lembrando que ela é autolimitada, cessando a hemorragia de forma espontânea em 80%. Relato do Caso: Paciente J.M. 64 anos, dá entrada no PS com quadro de HDA hipotenso, taquicárdico necessitando de 3U de concentrado de hemácias para estabilização hemodinâmica, cessando a hemorragia de forma espontânea. Submetido a EDA que evidenciou uma grande úlcera gástrica com sinais de fistulização da mesma, sendo realizada BX (AP: inflamatório) pois não havia mais sinais de sangramento. Negava sintomas prévios (dor, emagrecimento, alteração do hábito intestinal e mudança da cor das fezes) comorbidades e doença heredo familiar. Negava tabagismo e etilismo como hábitos de vida. Ao exame físico além de se apresentar descorado ++, notou-se uma tumoração móvel no mesogástrio, não observada pelo paciente. Encaminhou-se para realização de CT, na qual o radiologista apresentou como hipótese GIST gástrico. Após preparo do paciente, foi submetido a cirurgia onde foi evidenciado uma grande massa tumoral envolvendo cólon transverso e estômago, e meso delgado. Após liberação da massa em bloco através de uma transversectomia associada a uma gastrectomia vertical parcial, notamos que além de uma fístula do cólon para parede posterior do estômago, havia uma outra fístula bloqueada em meso do delgado junto a emergência dos vasos. Foi optado então por uma gastrectomia vertical, ressecção de implantes do meso delgado, fechamento do coto distal do cólon, e uma colostomia terminal em ângulo hepático. Paciente teve boa evolução tendo alta no 10º PO. Diante do diagnóstico final um de tumor primário de cólon invadindo o estômago (T4bN1M0) no AP final, encaminhou-se para terapia adjuvante. Discussão: Apesar de se tratar de causa rara de HDA, o caso relatado reflete mais a desinformação e a fragilidade da saúde pública no país, já que se esse paciente tivesse a oportunidade de ter sido submetido a colonoscopia de acordo com consenso brasileiro, em que as colonoscopias são indicadas para rastreio a partir de 50 anos, poderia ter tido como diagnósticos lesões pré-malignas ou carcinoma em estágios iniciais passíveis de ressecção endoscópicas para o seu tratamento, com finalidade até mesmo curativa.

Palavras-chave: Trato gastrointestinal superior; Hemorragia; Causas raras

ID: 113475

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Isabela Contin / CONTIN, I. / HSL/PUCRS; Bianca Luiza Rauber / RAUBER, B. L. / HSL/PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / ZEFERINO, B. R. / HSL/PUCRS; Bruna Fagundes Rockenbach / ROCKENBACH, B. F. / HSL/PUCRS; Juliana Campello Beck / BECK, J. C. / HSL/PUCRS; Welton Yuri Fernandes da Silva / SILVA, W. Y. F. / HSL/PUCRS; Marianna Martini Fischmann / FISCHMANN, M. M. / HSL/PUCRS; Christina Campana Duarte / DUARTE, C. C. / HSL/PUCRS;

Título: RELATO DE CASO DA ESCOLHA DA TÉCNICA CIRÚRGICA PARA OCLUSÃO INTESTINAL POR ADENOCARCINOMA EM PACIENTE COM OBESIDADE MÓRBIDA

Título: Escolha da técnica cirúrgica para oclusão intestinal por adenocarcinoma em paciente com obesidade mórbida: um relato de caso Introdução: pacientes com obesidade mórbida que apresentam oclusão intestinal por neoplasia colônica apresentam desafios técnicos tanto para confecção de ostomia quanto anastomose primária. A escolha da melhor técnica cirúrgica (ostomia x anastomose primária) para essa população deve objetivar a redução da morbidade e mortalidade com complicações pós operatórias, tais como internação hospitalar prolongada, deiscência de anastomose, infecção da ferida operatória, sepse e complicações da ostomia, como necrose e retração. Relato de caso: paciente feminina, 55 anos, obesa mórbida, HIV positiva, hipertensa, diabética, dislipidêmica. Procura atendimento por piora da dor abdominal, quadro iniciado há 2 meses. Dor abdominal de caráter difuso, com momentos de piora e melhora durante o dia, com despertares noturnos, sem fatores de piora/melhora associado a vômitos pós-prandiais e na última semana associado a constipação e parada de eliminação de flatos. Perda de 13kg em 2 meses. Nega alteração do hábito intestinal ou cirurgias abdominais prévias. No exame físico da chegada, estável hemodinamicamente, abdome em avental, distendido e doloroso a palpação profunda. Realizada TC de abdome com importante distensão de ceco (10,5cm), cólon ascendente e transverso, ambos com redução abrupta de calibre, à esquerda da linha média, com espessamento circunferencial estenosante, mendindo 3,2 x 2,4cm com extensão de 3cm, com focos aéreos na parede de ceco e cólon ascendente. Laboratoriais com leucocitose e discreto aumento de PCR, CEA 0,75. Paciente submetida a laparotomia. No transoperatório, observada obstrução intestinal total sujestiva de lesão tumoral em cólon transverso, em território de artéria cólica média. Realizada colectomia total com ileorretoanastomose. Anatomopatológico com adenocarcinoma pouco diferenciado de cólon ulcerado, infiltrando até camada muscular própria e tecido adiposo pericólico. No pós operatório, a paciente evolui com infecção e deiscência de ferida operatória, e alteração do hábito intestinal (3-4 evacuações/dia), ambos resolvidos com tratamento conservador. Discussão: cirurgias de urgência em casos de obstrução por tumoração em obesos são desafios para o cirurgião. Na literatura, a combinação de obesidade com cirurgia de emergência indica mais complicações relacionadas à ostomia, resultado independente do tipo de ostomia (intestino delgado ou colostomia) e da localização abdominal, quando comparada a anastomose primária. A taxa geral de complicações da ostomia foi de 55,6%. A escolha da técnica cirúrgica nesta paciente foi a realização da anastomose primária, visto que a confecção de ileostomia seria prejudicada pelo extenso panículo adiposo, dificultando a manutenção da ostomia vascularizada e a restauração futura do trânsito intestinal.

Palavras-chave: ostomia x anastomose primária; cirurgia de urgência; obesidade mórbida

ID: 113194

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Barbara Buccelli Colonno / Colonno, B. B. / Hospital Israelita Albert Einstein; Julia Grams Quintas / Quintas, J. G. / Hospital Israelita Albert Einstein; Isabela Roskamp Sunye / Sunye, I. R. / Hospital Israelita Albert Einstein; Lucas de Abreu Sesconetto / Sesconetto, L. A. / Hospital Israelita Albert Einstein; Gabriel Andrade Agareno / Agareno, G. A. / Hospital Israelita Albert Einstein; Rafael Vaz Pandini / Pandini, R. V. / Hospital Israelita Albert Einstein; Victor Edmond Seid / Seid, V. E. / Hospital Israelita Albert Einstein; Sérgio Eduardo Alonso Araujo / Araujo, S. E. A. / Hospital Israelita Albert Einstein;

Título: RESSECÇÃO TRANSESFINCTERIANA DE GIST DE RETO - RELATO DE CASO

Introdução Os tumores gastrointestinais mesenquimais (GIST), apesar de não tão prevalentes quantos os adenocarcinomas, caracterizam o principal diagnóstico diferencial dentre as neoplasias da camada mesenquimal e representam 1-2% das neoplasias primárias intestinais. Sua localização pode se dar ao longo de todo o trato gastrointestinal, sendo particularmente o reto sítio de tratamento cirúrgico mais complexo. Relato de caso Apresentaremos caso de paciente masculino, 70 anos, com diagnóstico de GIST de reto baixo em que foi possível a ressecção transesfincteriana em detrimento de amputação abdominoperineal. Encaminhado ao ambulatório de coloproctologia com queixa de dor anal e afilamento de fezes há 4 meses, negando perda de peso ou sangramento. Ao toque retal notava-se lesão extrínseca retroanal sobre assoalho pélvico a cerca de 4 centímetros da borda anal. Iniciada investigação com colonoscopia demonstrando abaulamento extrínseco ao reto, na parede posterior, sem alterações de mucosa. Estudo complementar com ressonância magnética de pelve sugeria lesão neoplásica mesenquimal com origem na parede posterolateral direita do reto (subepitelial), com crescimento extrínseco, medindo 6,8 x 5,3 x 4,9 cm. Determinava, ainda, acentuado afilamento das fibras do músculo puborretal à direita, indicando acometimento interesfincteriano. Após conclusões de investigação inicial, foi indicada biópsia transretal guiada por ultrassonografia. Resultado de histologia concluiu material compatível com tumor estromal gastrointestinal (GIST), com índice mitótico de 5 e marcador CD117 positivo. Frente ao diagnóstico de GIST de reto de alto risco foi optada por neoadjuvância com terapia de primeira linha com Imatinib, com boa tolerabilidade. Ao final de 9 meses, a lesão primária foi reavaliada com redução de suas dimensões a 4,8 x 4,0 x 3,4 cm, mas ainda com extensão ao plano interesfincteriano. Ao final da proposta de neoadjuvância, foi programada a abordagem cirúrgica. Considerada a funcionalidade prévia do paciente, boa resposta a quimioterapia e o padrão de disseminação dos tumores do tipo GIST, foi optada pela ressecção transesfincteriana, em detrimento de indicação de amputação abdomino-perineal. A ressecção foi feita com margens macroscópicas livres e preservação da integridade da cápsula tumoral. Pelo risco de incontinência fecal intrínseco a técnica utilizada, o procedimento foi complementado com esficteroplastia no tempo perineal e confecção de sigmoidostomia em alça videolaparoscópica. Paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta no terceiro dia pós operatório. Em posterior seguimento ambulatorial multiprofissional será avaliada a viabilidade oncológica do tratamento proposto. Discussão A apresentação desde relato de caso tem como objetivo demonstrar a relevância de táticas cirúrgicas de menor morbidade, que podem ser consideradas ao possibilitarem resultados oncológicos semelhantes com menor morbidade ao paciente.

Palavras-chave: GIST; cancer; colorretal

ID: 113451

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marcella de Albuquerque Wanderley / WANDERLEY, M. A. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Elyjah Karlla Silva Quintela Abreu / ABREU, E. K. S. Q. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Antonio Lopes Muritiba Neto / NETO, A. L. M. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Aline Perciano Lopes Toledo / TOLEDO, A. P. L. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Edmundo Guilherme de Almeida Gomes / GOMES, E. G. A. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Jacob Rego de Miranda / MIRANDA, J. R. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Renato Rezende Rocha / ROCHA, R. R. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Leonardo Wanderley Soutinho / SOUTINHO, L. W. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ;

Título: SCHWANNOMA DO TRATO GASTROINTESTINAL: RELATO DE DOIS CASOS RAROS

INTRODUÇÃO: Os Schwannomas são tumores compostos por células de Schwann, formadoras da bainha de mielina dos nervos periféricos. No trato gastrointestinal, são responsáveis por 0,4-1% dos tumores da submucosa e 2-7% dos tumores mesenquimais gastrointestinais, sendo o estômago o órgão mais acometido (70%), cólon e reto (3%) e o delgado raramente envolvido. são 2 casos de Schwannoma, um em estômago e outro em cólon sigmoide. RELATO DE CASO: Paciente, feminina, 66 anos, com dor retal, que piorava durante as evacuações, e constipação há 5 meses. Ressonância de pelve demonstrava formação expansiva envolvendo o terço médio do sigmoide, medindo 7,5 x 6,1 x 5,7 cm, que sugeria tumor estromal gastrointestinal (GIST). Além disso, colonoscopia demonstrava compressão extrínseca volumosa em cólon sigmoide e o histopatológico, adenoma tubular com displasia epitelial de baixo grau. Marcadores séricos, como CEA, AFP e CA 19-9 dentro dos limites da normalidade. Foi indicada uma colectomia esquerda. No intraoperatório, evidenciou-se presença de tumoração em cólon sigmoide aderida à cúpula vaginal e bexiga. Realizada sigmoidectomia com anastomose cólon-retal látero-lateral com grampeador linear. O anatomopatológico demonstrou margens cirúrgicas livres e a imuno-histoquímica identificou o diagnóstico de schwannoma. Paciente evoluiu sem intercorrências com alta hospitalar no 5° dia. A outra paciente, feminina, 52 anos, com história de dispepsia há 6 meses, sem outras queixas. Exames laboratoriais e marcadores como o CA 19-9 e CEA normais. Realizou endoscopia digestiva alta com evidência de lesão em parede posterior lateral esquerda de corpo gástrico e biópsia sugeria Schwannoma. Foi indicada cirurgia e no intraoperatório evidenciou-se lesão exofítica de cerca de 5 cm em parede posterior de corpo gástrico. Realizada enucleação da lesão e ressecção com gastrectomia parcial com grampeador linear. A imunohistoquímica confirmou o diagnóstico de Schwannoma. Paciente teve boa evolução com alta no 4º dia pós-operatório. DISCUSSÃO: Os Schwannomas podem ser assintomáticos ou sintomáticos. Seus sintomas, como dor abdominal, sangramento ou alteração no hábito intestinal, dependem do tamanho e localização do tumor. Sua maior incidência ocorre entre a 6-7° décadas de vida. Em sua grande maioria são benignos e apresentam crescimento lento, porém têm a possibilidade de degeneração maligna. Devem ser diferenciados de outros tumores mesenquimais, como leiomiossarcoma e GIST, sendo a imunohistoquímica primordial para um diagnóstico preciso final. O diagnóstico pré-operatório nem sempre é possível, devido à baixa especificidade dos exames de imagem e ao fato de a biópsia de mucosa ter a possibilidade de apresentar-se normal. O tratamento consiste na ressecção completa do tumor, com margens livres, para evitar recorrência local, seja via cirúrgica aberta, laparoscópica ou endoscópica. Não há necessidade de linfadenectomia devido ao baixo risco de malignidade ou metástases.

Palavras-chave: SCHWANNOMA DE ESTÔMAGO; SCHWANNOMA COLÔNICO; GASTROINTESTINAL

ID: 112495

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bianca Colacioppo Oliveira Amancio / Amancio, B. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Francisco Tustumi / Tustumi, F. / Serviço de Gastro-Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein; Ricardo Purchio Galletti / Galletti, R. / Serviço de Gastro-Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein; Ian Torres de Lima / Lima, T. / Serviço de Gastro-Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein; Dante Claudino de Oliveira / Oliveira, D. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Beatriz Mascarenhas Silva / Silva, B. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Bruna Teixeira Brandão Dutra / Dutra, B. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Maria Luiza Barreto Teodosio / Teodosio, M. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública;

Título: SIGMOIDECTOMIA COM COLOSTOMIA TERMINAL PARA TRATAMENTO DE ABDÔMEN AGUDO PERFURATIVO APÓS USO DE POLIESTIRENOSSULFATO DE CÁLCIO EM PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE TRANSPLANTE CARDÍACO - UM RELATO DE CASO.

INTRODUÇÃO: O uso de poliestirenossulfato de cálcio (Sorcal) para o tratamento de hipercalemia é amplamente difundido. O medicamento traz consigo riscos de eventos adversos, alguns mais comuns, como anorexia, náuseas, vômitos e constipação. Em casos mais raros, pode ocorrer abdome agudo por perfuração intestinal. Na literatura, esta complicação é descrita acometendo mais comumente região de válvula ileocecal e cólon ascendente. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de perfuração de cólon sigmoide, em paciente em tratamento para hipercalemia, com lesão renal aguda KDIGO III e histórico de transplante cardíaco prévio por miocardiopatia chagásica. RELATO DE CASO: Paciente 65 anos, com história de transplante cardíaco prévio por miocardiopatia chagásica, internada devido a insuficiência renal aguda estágio III KIDGO, com síndrome consumptiva. Diagnosticada com hipercalemia durante a internação, sendo iniciado o tratamento com poliestirenossulfonato de cálcio (SORCAL), 30 gramas VO três vezes ao dia. Três dias após a finalização do tratamento, a paciente evoluiu com dor abdominal importante, constipação intestinal, náuseas e aumento de marcadores inflamatórios. A tomografia evidenciou pneumoperitônio e discreta quantidade de líquido livre depositado na pelve. Após o diagnóstico de abdome agudo perfurativo, foram iniciadas medidas clínicas com antibioticoterapia, ressuscitação volêmica, e indicada laparotomia exploradora de urgência. No intraoperatório foi evidenciada perfuração em cólon descente, abcesso pélvico bloqueado por ovário e trompa esquerdos e sigmoide redundante. Realizada rafia de orifício em cólon descendente em plano único com PDS 4-0, ligadura de mesocólon do sigmóide, grampeamento proximal e distal com grampeador linear, mobilização e extração da peça e confecção de colostomia terminal. Ao anatomopatológico observou-se cristais basofílicos romboides com aspecto de mosaico aderidos à parede na área de ulceração, mucosa adjacente com alterações reacionais, infiltrado inflamatório misto transmural e serosite aguda fibrinoleucocitária em organização. Paciente evolui bem e recebe alta no 7º dia de pós-operatório. DISCUSSÃO: Apesar de incomum, há relatos de perfuração em sigmóide. A perfuração comumente ocorre a partir do 4º dia de uso do SORCAL. Há a formação de um bezoar composto pelo medicamento mesclado ao líquido entérico, culminando na agressão ao epitélio intestinal, provocando perfuração do órgão. No anatomopatológico, os cristais de poliestirenossulfonato de cálcio em formato em mosaico são elementares. É interessante notar que muitos pacientes com relato de perfuração por SORCAL possuem concomitantemente insuficiência renal.

Palavras-chave: Perfuração Intestinal; Período Pós-Operatório; Colo Sigmoide

ID: 113464

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Nathalia Ribeiro Pinho de Sousa / Sousa, N.R.P. / Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); José Francisco Parizotto / Parizotto, J.F. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Miguel Duda Schmitz / Schmitz, M.D. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo;

Título: TERAPIA A VÁCUO PARA TRATAMENTO DE DEISCÊNCIA DA ANASTOMOSE COLORRETAL

Introdução: A deiscência de anastomose em cirurgias colorretais afeta significativamente morbimortalidade pós-operatória, sendo seu manejo desafiador. No passado essa complicação era indicação absoluta de reintervenção, todavia atualmente tem-se buscado métodos alternativos menos invasivos, a exemplo da terapia a vácuo. Essa abordagem consiste em aplicar pressão negativa na área do trato gastrointestinal acometida pela deiscência. Utiliza-se sonda nasogástrica com esponja de poliuretano posicionados endoscopicamente na cavidade e acoplados ao vácuo, o que promove colapso da cavidade, auxiliando a reperfusão local e reduzindo clearance bacteriano. Em 2003, Weidenhagen utilizou pela primeira vez a terapia a vácuo para tratamento de fístula após ressecção colorretal e desde então essa ferramenta terapêutica tem obtido bons resultados, com cicatrização efetiva em até 80% dos casos. Considerando a relevância dessa temática, objetivou-se relatar caso de manejo da deiscência de anastomose com terapia a vácuo Descrição do caso: Paciente feminina, 70 anos, portadora de adenocarcinoma bem diferenciado de reto submetida à videoretossigmoidectomia com excisão parcial de mesorreto e anastomose primária sem ostomia de proteção. No 7° dia de pós-operatório paciente evoluiu com piora clínica e laboratorial. Tomografia computadorizada evidenciou solução de continuidade ao nível da anastomose com coleção adjacente. Colonoscopia demonstrou deiscência de aproximadamente 50% da circunferência na parede posterolateral. Realizou-se lavagem do abscesso pré-sacral seguida de alocação de esponja associada ao dispositivo a vácuo. Foram realizadas trocas sucessivas do dispositivo com progressiva regressão do processo inflamatório, tendo sido submetida posteriormente, durante a mesma internação, à colorrafia transanal. Paciente em seguimento ambulatorial assintomática, retossigmoidoscopia de seguimento com progressiva cicatrização na área de anastomose. Discussão e conclusão: O uso da terapia a vácuo é uma opção potencialmente eficaz no tratamento das deiscências de anastomoses colorretais, inclusive em pacientes que não foram submetidos à derivação de trânsito, auxiliando na preservação da anastomose e evitando reoperações.

Palavras-chave: terapia a vácuo; deiscência de anastomose; câncer colorretal

ID: 113818

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Sofia Marasca Giongo / Giongo, SM / HSL-PUCRS; Bianca Luiza Rauber / Rauber, BL / HSL-PUCRS; Gabriela Pinho Fillmann / Fillmann, GP / HSL-PUCRS; Juliana Campello Beck / Beck, JC / HSL-PUCRS; Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, BF / HSL-PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / Zeferino, BR / HSL-PUCRS; Marcelo Garcia Toneto / Toneto, MG / HSl-PUCRS; Lucio Sarubbi Fillmann / Fillmann, LS / HSL-PUCRS;

Título: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INTUSSUSCEPÇÃO DE APÊNDICE POR ENDOMETRIOSE: UM RELATO DE CASO

Introdução: Em uma série de casos de 71.000 cadáveres, identificou-se uma taxa de 0,01% de intussuscepção de apêndice, e, existem apenas 7 casos com diagnóstico pré-operatório descritos. A causa mais aceita é um peristaltismo anormal provocado por irritação ou inflamação prévia. Causas intrínsecas também são incluídas: corpo estranho, fecalito, pólipo, neoplasia ou endometriose. Clinicamente, as apresentações são: sintomas semelhantes a apendicite aguda; sinais clássicos de intussuscepção (dor, diarreia, sangramento) com extensão por semanas ou meses; e, na maioria dos pacientes, quadro assintomático. O tratamento é cirúrgico, mesmo se correção endoscópica, pois o apêndice pode atuar como ponto de novas intussuscepções. No caso descrito, a causa da intussuscepção foi a endometriose que ocorre em 15% das mulheres com ciclo menstrual, com pequeno envolvimento do apêndice 2,8%. A endometriose apendicular é usualmente assintomática, mas pode cursar com apendicite aguda, perfuração ou hematoquezia, sendo mais comum dor ou distensão abdominal, com piora durante o período menstrual, resolvidos após a apendicectomia. Apresentação do Caso: Feminina, 37 anos, endometriose leve, procura coloproctologista por dor abdominal intermitente em flanco direito sem outros sintomas. Na colonoscopia: pólipo séssil de 5mm em sigmóide, enantema de mucosa de sigmóide, formação polipóide de 30mm no ceco junto ao óstio apendicular. Coletadas biópsias de todos achados. O AP demonstrou adenoma tubular e área de inflamação crônica em sigmoide e, em ceco, tecido correspondente a apêndice cecal. Em RNM: focos hiperintensos, compatíveis com endométrio ectópico em parte do útero e ligamentos, parede anterior do reto e cólon sigmóide, com espessamento parietal relacionados à endometriose colônica. Apêndice cecal com paredes espessadas, aumento de volume e base projetada para a luz do ceco, sugestivo de mucocele. Pela suspeita de neoplasia, foi realizada ileocolectomia direita VLP com anastomose primária. Resultado do AP: intussuscepção do apêndice cecal, acentuado processo inflamatório crônico e endometriose associada. Discussão: as doenças do apêndice são recorrentes na prática diária, sendo necessário conhecimento sobre diagnósticos diferenciais. Na intussuscepção de apêndice visualizada em colonoscopia, é importante tê-la em mente, mesmo que rara, como diagnóstico diferencial de pólipo pediculado e evitar polipectomia iatrogênica por falso pólipo.

Palavras-chave: Intussuscepção de apêndice ; Endometriose de apêndice ; Intussuscepção intestinal

ID: 113358

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Laura Ignacio da Cunha / Cunha, L. I. / Faculdade de medicina de São José do Rio Preto ; Amanda Mesquita Grangeiro / Grangeiro, A. M. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Vanessa Costa Muniz / Muniz, V. C. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Leticia da Silva Costa / Costa, L. S. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Maycow Douglas Arantes / Arantes, M. D. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Bruno Vita Ricci / Ricci, V. B. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Sérgio Carvalho / Carvalho, S. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Anwar Fausto Felix Sabbag / Sabbag, A. F. F. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto;

Título: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE METÁSTASE CUTÂNEA DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON EM CENÁRIO OLIGOMETASTÁTICO: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO O câncer colorretal (CCR) apresenta um dos maiores índices de incidência e mortalidade no Brasil e no mundo e relaciona-se com fatores de risco genéticos e ambientais. Metástase cutânea de adenocarcioma de cólon é rara e infere doença disseminada com prognóstico reservado. RESUMO Paciente de 44 anos, masculino, admitido em Pronto atendimento com quadro de dor abdominal há 6 dias, associada a vômitos, diarréia e hiporexia. Ao exame físico, apresentava abdome distendido e doloroso à palpação, sem sinais de peritonite. Tomografia de abdome evidenciou intussuscepção de alças colônicas e líquido livre. Submetido a laparotomia exploradora, que evidenciou intussuscepção extensa de ceco e cólon em cólon descendente, sem possibilidade de redução, sendo realizada colectomia total sem linfadenectomia e ileostomia terminal. Anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou adenocarcinoma pouco diferenciado de cólon, pT3pNx. Realizada quimioterapia adjuvante. Após 20 meses de sobrevida livre de doença, surgiu massa na parede torácica à direita, com crescimento acelerado. Ressonância magnética evidenciou lesão expansiva em tecidos moles da região posterior direita da parede torácica. Biópsia evidenciou adenocarcinoma metastático. Iniciadas quimioterapia sistêmica e radioterapia na região da lesão, para melhora das condições de ressecabilidade local. Realizada ressecção cirúrgica da lesão, incluindo porções dos músculos grande dorsal, rombóide maior e trapézio e escapulectomia parcial, com preservação da cavidade glenóide e do acrômio. O fechamento da ferida operatória foi obtido com rotação de retalho local do músculo grande dorsal. Houve boa evolução pós-operatória, com deiscência parcial do retalho muscular, tratada com curativo local. DISCUSSÃO O CCR é o segundo câncer em incidência no Brasil e o 3º em mortalidade. Os fatores de risco para CCR incluem história familiar, presença de pólipos intestinais, doença inflamatória intestinal, obesidade, diabetes e etilismo. A colonoscopia é o exame com maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico do CCR. O tratamento adjuvante para câncer colorretal é indicado a partir dos tumores estadio II de alto risco. A cirurgia de urgência realizada não foi oncológica, não sendo realizada linfadenectomia mesentérica. A indicação de quimioterapia adjuvante no presente caso foi precisa. Metástases cutâneas de tumores primários de órgãos internos são extremamente raras. Clinicamente, manifestam-se como um nódulo ou uma massa indolor, podendo haver ulceração. No caso apresentado, a proposta terapêutica foi quimioterapia sistêmica para controle de micrometástases associada a radioterapia para melhora de condições de ressecabilidade local, seguidas de ressecção cirúrgica da metástase cutânea.

Palavras-chave: Adenocarcinoma de cólon; Cancer de cólon; metastase cutânea

ID: 113458

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Natallia / Gonsalez, N.M / Hospital Municipal Carminio Caricchio ; Hisashi Aoyagi / Aoyagi, H / Hospital Municipal Carminio Caricchio; Kaline Fortes Viana / Viana, K.F / Hospital Municipal Carminio Caricchio; Ana Karla de Sousa Almeida / Almeida, A.K.S / Hospital Municipal Carminio Caricchio; Daiane Ribeiro de Souza / Souza, D.R / Hospital Municipal Carminio Caricchio; Autha Maria Mendes de Oliveira / Oliveira, A.M.M / Hospital Municipal Carminio Caricchio; Thiago Carrasco Oliveira / Oliveira, T.C / Hospital Municipal Carminio Caricchio; Naualy Cunha Alencar / Alencar, N.C / Hospital Municipal Carminio Caricchio;

Título: TUMOR DE CÓLON COM FÍSTULA CÓLON-CUTANEO E METÁSTASE ESPLÊNICA

O câncer de colorretal é a neoplasia mais frequente do trato gastrointestinal e representa a segunda maior incidência de câncer em ambos os sexos (1,2). Tumores colorretais localmente avançados refletem entre 5 a 20% de todos os cânceres colorretais e costumam invadir órgãos adjacentes, no entanto, a invasão para parede abdominal é infrequente. Dessa forma, o mais indicado nesses casos é a ressecção alargada, com retirada em monobloco. Paciente de 61 anos, admitido devido à aparecimento de tumoração em flanco esquerdo com saída de fezes. Não sabia referir patologias prévias nem hábitos ou vícios. Ao exame, emagrecido, com massa abdominal em flanco esquerdo, presença de fístula cólon-cutânea com saída de fezes em grande quantidade. A TC demonstrou comunicação da luz do cólon esquerdo com a pele e infiltração tumoral em planos subcutâneos, musculares e de parede abdominal, extensão pela alça cólica eferente por cerca de 5,5 cm de extensão, além de baço com dimensões aumentadas exibindo volumoso nódulo heterogêneo medindo cerca de 9,5 cm, sem evidências de outras metástases durante o estadiamento. Optado por colectomia esquerda segmentar a hartmann + ressecção em bloco de parede abdominal + linfadenectomia + esplenectomia. O anatomopatológico foi de Adenocarcinoma de padrão tubular, moderadamente diferenciado, com extensas áreas de necrose, infiltrando até tecido adiposo adjacente, com invasão angiovascular e neural e margens livres, pele e tecidos adjacentes com adenocarcinoma com ulceração da epiderme e baço infiltrado por adenocarcinoma, além de linfonodos livres (0/15), sendo então estadiado em pT4 pN0 pM1. Utilizou-se tela composta Symbotex + tela Ultrapro para reconstrução da parede abdominal. Apesar do câncer de colorretal localmente invasivo seja frequentemente associado a metástases à distância (principalmente hepática e pulmonar), existe um conjunto de tumores que possuem comportamento biológico diferente, invadindo órgãos adjacentes por contiguidade, porém, sem evidência de metástases à distância, tendo nesse caso melhor tratamento com intenção curativa é a ressecção alargada, ou seja, a retirada em monobloco com margem cirúrgica (6). A retirada em bloco do tumor e dos órgãos invadidos por contiguidade deve resultar em margens cirúrgicas livres, sem evidência de tumor residual (7, 8). Butcher e Spjut relataram 5% de sobrevida em 05 anos em pacientes submetidos à ressecção limitada para tumores localmente invasivos, contrastando com 33% de sobrevida nos tratados com ressecção alargada (9). Ainda que a morbidade pós operatória seja maior que a cirurgia convencional,a abordagem em monobloco reduz sangramentos e contribui para melhores resultados (10). A suspeita pré-operatória de envolvimento linfonodal não contraindicação a ressecção alargada, embora reduza a sobrevida global desses pacientes (11, 12). Quando é realizada a ressecção alargada, a sobrevida a longo prazo depende mais do acometimento linfonodal do que o grau da invasão local.

Palavras-chave: Fístula; Câncer colorretal; Esplenectomia

ID: 113572

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lucas Pinto Nunes / Nunes, L. P. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Dr. Roger Beltrati Coser / Coser, R. B. / Hospital Alemão Oswaldo Cruz; Larissa Sousa Cardoso Alexandre[1] / Alexandre, L. S. C. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Cassio Uliana Gonçalves[1] / Gonçalves, C. U. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Fernanda Anaya[1] / Anaya, F. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Dr. Cláudio José Caldas Bresciani[2] [3] / Bresciani, C. J. C. / Hospital Alemão Oswaldo Cruz;

Título: TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL PRIMÁRIO DO APÊNDICE CECAL APRESENTANDO-SE COMO MUCOCELE DO APÊNDICE: RELATO DE CASO

Introdução O tumor gastrointestinal estromal (GIST) de apêndice é muito raro. O caso aqui relatado difere dos demais 18 encontrados na literatura pois estava associado a mucocele do apêndice (MA). O quadro clínico da MA tende a ser inespecífico, sendo 23-50% dos diagnósticos por achados acidentais em exames endoscópicos ou radiológicos. O tratamento é cirúrgico e varia de acordo com as características da MA. Apresentação Do Caso Mulher, 67 anos, diagnosticada em 2018 com adenocarcinoma de cólon sigmóide, submetida a retossigmoidectomia em 2019 e QT adjuvante com FOLFOX, realizou colonoscopia de seguimento em 06/2021, verificando-se muco proveniente do óstio do apêndice. Realizado TC, com lesão cística no QID do abdômen, bem delimitada, com dilatação do lúmen do apêndice, o que sugeriu o diagnóstico de MA. A paciente foi submetida a apendicectomia VLP eletiva, com congelação intra operatória apontando MA simples. O exame anatomopatológico mostrou dilatação do apêndice cecal (1,2cm) e lesão epitelial com atipias de baixo grau, com margem cecal livre de displasia. A peça foi submetida a exame imuno-histoquímico, mostrando resultado positivo difuso para os marcadores DOG-1, CD34, CD117/C-kit (YR145) e negativo para desmina, padrão consistente com GIST. Discussão A MA é uma dilatação obstrutiva asséptica do apêndice, causada por acúmulo de muco intraluminal, sendo observada em 0,1 a 0,4% de todas as apendicectomias. O quadro clínico tende a ser inespecífico, podendo ser assintomático. Os sintomas pode incluir dor em FID, alterações do trânsito intestinal, massa palpável, náusea, vômitos, perda de peso, hematoquesia, enterorragia e hematúria. O método diagnóstico de escolha é a tomografia computadorizada (TC), tendo como achados clássicos massa cística bem delimitada em QID, dilatação do lúmen apendicular, podendo haver calcificações curvilíneas em parede . À colonoscopia, sua aparência pode se assemelhar à de um tumor submucoso, com saída de muco através do óstio apendicular. O tratamento é cirúrgico, e sua magnitude depende do tamanho e das características da MA. Quanto ao GIST, estes correspondem a 80% dos tumores mesenquimais do TGI e 0,1 a 3% das doenças malignas do TGI . Os casos de GIST de apêndice são bastante raros, encontrando-se, em revisão bibliográfica, apenas 17 casos na literatura. O diagnóstico do GIST é confirmado através de imunohistoquímica, com os marcadores CD117/c-kit (95%) e CD-34 tipicamente positivos, enquanto s-100 e Actina de Músculo Liso são geralmente negativos. Ressalta-se que, na revisão de literatura, observou-se que nenhum dos outros 17 casos de GIST no apêndice associou-se a MA, tornando o presente relato de caso bastante relevante.

Palavras-chave: GIST de Apêndice; Mucocele de Apêndice; Neoplasia

ID: 113474

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Guilherme Costa Wahbe / Wahbe, G. C. / Famerp; Amadeu Fernandes Filho / Filho, A. F. / Famerp; Ygor Rocha Fernandes / Fernandes, Y. R. / Famerp;

Título: BLACK ESÔFAGO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O black esôfago, também nomeado necrose esofagiana aguda ou esofagite necrotizante é uma síndrome rara, de baixa prevalência na população, reconhecida pelo característico aspecto enegrecido da mucosa esofagiana, principalmente em seu terço distal e, em geral, não afetando transição esôfago-gástrica e mucosa gástrica. A etiologia exata do black esôfago ainda é incerta, porem suspeita-se que quadros de isquemia e dificuldade do esvaziamento gástrico são eventos iniciais da síndrome. Dentre os relatos de caso na literatura, tem-se relação direta da síndrome com diversos fatores, dentre eles, hepatite alcoólica, libação alcoólica, volvo gástrico, hernia de hiato, etc. Os pacientes em geral cursam com um quadro de epigastralgia associado a disfagia e precordialgia, apresentando mutas vezes hematêmese e melena. O diagnóstico se da principalmente por endoscopia digestiva alta. A evolução dos pacientes em sua grande maioria é para resolução do caso após manejo cuidadoso com uso de inibidores de bomba de prótons, interrupção de dieta via oral e tratamento de causas de base, uma pequena parcela dos pacientes evolui de maneira desfavorável. Dentre as complicações, duas se ressaltam, sendo elas a perfuração esofagiana e a estenose de esôfago. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 78 anos, hipertenso, diabético e etilista crônico, acidente vascular isquêmico prévio 40 dias antes, em uso apenas de acido acetil salicílico, é encaminhado a emergência do hospital de base devido a quadro de epigastralgia iniciado duas semanas antes, associado a diversos episódios de vômitos em aspecto de borra de café. Em avaliação inicial paciente se encontra taquidispneico e taquicardíaco, ao exame físico inicial, paciente consumido, descorado, referindo dor a palpação em região epigástrica. Paciente foi estabilizado em leito de emergência de pronto atendimento, em dieta zero e em uso de inibidores de bomba de prótons, submetido então a endoscopia digestiva alta evidenciando aos 20 cm da arcada dentaria superior ate transição esofagogástrica, presença de mucosa de aspecto enegrecido, caracterizando imagem típica de black esôfago. Estômago sem alterações, porem notado também diversas ulceras de fundo necrótico em duodeno sem sinais de sangramento ativo ou recente. Paciente foi encaminhado a unidade de tratamento intensivo, para condução e manejo do caso. Em revisão de prontuário, paciente apresentava internação previa devido a quadro de pancreatite crônica de etiologia alcoólica associado a presença de pâncreas divisum em tomografia computadorizada. Paciente evolui inicialmente de forma favorável, porem, mesmo com cuidadoso manejo, devido a causas de base, apresenta complicações e evolui a óbito. DISCUSSÃO: Tendo em vista a raridade dos caso de black esôfago, há uma grande lacuna no que diz respeito ao direcionamento da abordagem terapêutica, sendo assim fomentar discussões sobre essa síndrome rara é fundamental para o seu melhor manejo e casos futuros.

Palavras-chave: Black Esôfago; Necrose esofagiana aguda; Esofagite necrotizante

ID: 113377

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Suelen Sampaio de Jesus / JESUS, S.S. / HOSPITAL ANA NERY; Ana Célia Diniz Cabral Barbosa Romeo / ROMEO, A.C.D.C.B. / HOSPITAL ANA NERY; Gabriel Silva Rocha / ROCHA, G.S. / HOSPITAL ANA NERY; Luis Fernando Alves Oliveira Silva / SILVA, L.F.A.O / Faculdade de Medicina UNIFTC Salvador - Ba; Marie Louise Wicks Delisle / DELISLE, M.L.W. / Faculdade de Medicina UNIFTC Salvador - Ba; Mateus Andrade Alvaia / ALVAIA, M.A. / HOSPITAL ANA NERY; Rita Maria Alves / ALVES, R.M. / Faculdade de Medicina UNIFTC Salvador - Ba; André Luis Barbosa Romeo / ROMEO, A.L.B. / HOSPITAL ANA NERY;

Título: DESCONEXÃO ÁZIGO-PORTAL - 23 ANOS DEPOIS

Introdução: Muito se conhece sobre as diferentes formas clínicas da esquistossomose. A forma crônica hepatoesplênica tem como uma das suas consequências a hipertensão portal (HP) nos indivíduos adultos, provocada pelo acúmulo de ovos do parasita no espaço portal hepático, resultando em lesões fibróticas que geram bloqueio pré-sinusoidal intra-hepático diretamente influenciado pelo aporte venoso esplênico e mesentérico, e pelo escape do sangue portal pelas várias vias de circulação colateral. Aproximadamente, 30% a 40% dos indivíduos com HP apresentam hemorragia digestiva através da ruptura das varizes esofagogástricas. A complexidade das apresentações desta complicação dificulta o estabelecimento de um consenso sobre a melhor abordagem terapêutica, que pode incluir tratamento clínico e abordagens endoscópica, endovascular e cirúrgica. Dentre as técnicas cirúrgicas, a desconexão ázigo-portal, ou desconexão portavarizes, com esplenectomia (DAPE) é uma das mais utilizadas com resultado satisfatório na redução do calibre das varizes e evitando ressangramentos. Objetivo: Descrever o acompanhamento pós-operatório do emprego da DAPE no tratamento de varizes esofágicas secundárias a esquistossomose e sua efetividade a longo prazo. Metodologia: Relato de caso a partir de revisão de prontuário em serviço de saúde terciário de Salvador-BA. O caso: Paciente masculino, aos 30 anos, foi encaminhado para tratamento cirúrgico após quadro de hemorragia digestiva alta (HDA) decorrente de varizes esofágicas com episódios repetidos de sangramento e hiperesplenismo, e diagnóstico prévio de esquistossomose hepatoesplênica. Ao exame físico, apresentava-se com bom estado geral e hepatoesplenomegalia. Foi realizada a DAPE com técnica aberta, sem intercorrências perioperatórias. Paciente retorna após 23 anos com queixas de pirose constante após ingesta de alimentos picantes e bebidas alcoólicas, com melhora parcial ao uso de IBPs, e nenhuma recidiva de HDA. Trouxe endoscopia digestiva alta revelando gastrite enantematosa, H. pylori positivo, e esôfago terminal e fundo gástrico livres de varizes esofágicas. Ao exame físico, ausência de ascite e hepatomegalia. Iniciou-se o tratamento para doença do refluxo gastroesofágico e H. pylori e encaminhamento para o gastroenterologista. Conclusões: Em casos selecionados, o tratamento cirúrgico com DAPE é adequado para a erradicação das varizes de esôfago e hiperesplenismo em decorrência da HP esquistossomótica, e impacta diretamente na sobrevida e melhora da qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: desconexão azigo-portal; hipertensão portal; Varizes de esôfago

ID: 113460

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ariel Pocci Zanatta / Zanatta, A.P / Hospital Geral de Carapicuiba; Naiara Santos Bispo / Bispo, N.S / Centro Universitário São Camilo; Gabriella Katherine Teixeira Lopes / Lopes, G.K.T / Centro Universitario São Camilo; Mariana Ramos Piotto / Piotto, M.R / Centro Universitario São Camilo; Erica Rossi Mocchetti / Mocchetti, E.R / Hospital Geral de Carapicuiba; Bruno Amantini Messias / Messias, B.A / Hospital Geral de Carapicuiba; Jaques Wasberg / Wasberg, J / Hospital do Servidor Publico Estadual;

Título: ESÔFAGO NEGRO EM PACIENTE ETILISTA CRÔNICO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO A Necrose Esofágica Aguda (NEA) ou como é conhecida esôfago negro é uma síndrome rara com uma prevalência em torno de 0,2%[1]. Caracteriza-se por uma alteração endoscópica típica, descoloração circunferencial da mucosa esofágica, preferencialmente na extremidade distal do esôfago, apresentando uma coloração tipicamente preta[2]. Isso ocorre porque a vascularização do esôfago é dividida em três zonas diferentes, sendo a zona mais distal, formada por ramos da artéria gástrica e frênica, mais sujeita ao comprometimento do suporte vascular[3]. Tal comprometimento tem etiologia multifatorial, incluindo isquemia esofágica, lesão no sistema de barreira da mucosa, lesão de refluxo do conteúdo gástrico e comprometimento hemodinâmico4. Portanto, pacientes com múltiplas morbidades têm maior risco de desenvolver NEA. Geralmente é um evento agudo decorrente de uma condição de predisposição crônica[2]. RELATO DE CASO Paciente masculino de 49 anos com história de abuso de álcool apresentou ao nosso serviço de emergência com episódio de hematêmese, e confusão mental. Negava episódios anteriores de sangramento. Negou comorbidades e uso de medicamento contínuo. Tabagista há 25 anos (19 anos/maço) e etilista crônico. Ao exame físico, o paciente estava hipotenso 65/50mmhg e taquicárdico com frequência cardíaca de 100 batimentos por minuto. Oprtado por manter o paciente em jejum e realizar reposição volemica com ringer lactato. Foi realizado endoscopia digestiva alta (EDA), que apresentou necrose de mucosa de esôfago distal., gastrite erosiva discreta de antro, e bulboduodenite erosiva moderada. Ele foi tratado com inibidor de bomba de próton (omeprazol) em dose plena. Não houve novos episódios de sangramento gastrointestinal durante a internação. Realizado nova eda 6 dias após do primeiro episódio que mostrou melhora evidente da mucosa com apenas algumas ulcerações superficias. Paciente recebeu alta após 8 dias de internação hospitalar, estável hemodinamicamente. DISCUSSÃO A apresentação clínica mais frequente da NEA é hemorragia digestiva alta (hematêmese ou melena) , podendo apresentar também, náuseas e vômitos, disfagia ou até mesmo dor torácica ou abdominal[3]. Nos exames laboratoriais pode-se encontrar anemia, leucocitose e hiperlactemia[2]. Não há uma terapia específica para NEA, o tratamento é direcionado para outras condições pré existentes e cuidados de suporte, como ressuscitação volêmica para otimizar a perfusão vascular, correção anemia, se presente, e terapia agressiva com inibidor da bomba de prótons até melhora clínica. A sonda nasogástrica deve ser evitada devido risco de perfuração4. O prognóstico da NEA está relacionado às condições pré existentes e à gravidade do estado geral, a mortalidade pode variar de 15-36%. As complicações mais frequentes são a perfuração, hemorragia e sepse, que apresentam uma mortalidade de 6%[3]. Em geral, episódios reversíveis com tendência de cura espontânea apresentam bom prognóstico4.

Palavras-chave: esofago; isquemia; tratamento

ID: 113499

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Autha Maria Mendes de Oliveira / OLIVEIRA, A.M.M. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Hisashi Aoyagi / AOYAGI, H. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Naualy Cunha Alencar / ALENCAR, N. C. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Daiane Ribeiro de Souza / SOUZA, D. R. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Victor Capone Quintana / QUINTANA, V. C. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Gabriela Lima Valente Coelho / COELHO, G. L. V. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Thiago Garcia Carrasco Oliveira / OLIVEIRA, T. G. C. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Natallia Meira Gonzalez / GONZALEZ, N. M. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO;

Título: LEIOMIOMA ESOFÁGICO: UM RELATO DE CASO

Introdução: Originado da muscular própria (raramente da muscular da mucosa), o leiomioma esofágico é o tumor benigno não epitelial mais frequente encontrado no órgão, porém este achado representa apenas 0,5-0,8% dos tumores do esôfago. Ocorre mais frequentemente em homens, na idade entre 20 e 59 anos, sendo raro em crianças. Preferencialmente se localiza no terço médio e inferior do esôfago, possui tamanho variável, consistência endurecida, de superfície lisa e regular, sendo recoberto por mucosa habitual, sem solução de continuidade - a não ser que haja erosão ou ulceração. Geralmente é assintomático até que atinja grande tamanho para apresentar sintomas, tais como disfagia, tosse, pirose, perda ponderal e sangramento digestivo. Relato de caso: Paciente feminina, 24 anos, com queixa de disfagia progressiva de início há 2 anos, inicialmente para alimentos sólidos, avançando para pastosos, associada a perda ponderal de 10 quilos nesse período e pirose, realiza endoscopia digestiva alta que evidencia lesão subepitelial do esôfago médio, com diminuição da expansibilidade e de 50% da luz do órgão, estendendo-se dos 28 aos 34 cm da arcada dentária superior. Prosseguida investigação diagnóstica com tomografia de tórax, demonstrando massa sólida de contornos regulares no esôfago torácico inferior, infracarinal, promovendo redução luminal, exercendo efeito compressivo sobre o tronco da veia pulmonar, de 37 x 25 x 53 mm e ecoendoscopia que evidencia lesão isoecogênica, bem delimitada, homogênea, localizada na parede lateral esquerda do esôfago, com provável origem na camada muscular, medindo 5 x 3 cm, optado por realização punções ecoguiadas. Anatomopatológico informa aspectos morfológicos e perfil imuno-histoquímico compatíveis com leiomioma. Optado, em conjunto com a paciente, pela exérese de leiomioma esofágico por toracoscopia, com boa evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar após 12 dias, com boa aceitação de dieta geral. Discussão: Dada a raridade do leiomioma esofágico, este é considerado um desafio diagnóstico, por ser inicialmente assintomático, geralmente se trata de um achado incidental em exames radiológicos ou endoscópicos. A conduta terapêutica do leiomioma esofágico pode ser cirúrgica ou expectante, sendo o tratamento cirúrgico reservado aos sintomático ou maiores que 5 cm, caso contrário pode-se optar pela conduta conservadora com acompanhamento através de esofagografias periódicas. Alguns apoiam o tratamento cirúrgico em todos os casos com base na possibilidade de malignidade, transformação sintomática e a necessidade de obter um diagnóstico definitivo. Existem várias alternativas cirúrgicas, que dependem da localização e tamanho do tumor; no entanto, a exérese cirúrgica via toracoscopia é atualmente a técnica mais utilizada. Outra possibilidade terapêutica é a ressecção endoscópica nos casos de tumores pequenos (menos de 2cm) que se instalam na muscular da mucosa.

Palavras-chave: leiomioma; leiomioma esôfágico; tratamento leiomioma esofágico

ID: 113153

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Leticia Rebelatto Moresco / Moresco, L. R. / Unesc/Uninassau; Nathalia Karoline da Costa Amorim / Amorim, N. K. C / Unesc/Uninassau; Gabriela Tabalipa de Souza / Souza, G. T / Unesc/Uninassau; Janaina Fernanda Steffen Zilio / Zilio, J. F. S / Unesc/Uninassau; Maria Eduarda da Costa Amorim / Amorim, M. E. C / Unesc/Uninassau;

Título: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA SOBRE CARCINOMA ESOFÁGICO DO TIPO EPIDERMÓIDE

De acordo com literaturas médicas recentes, houve um aumento na prevalência do carcinoma do tipo epidermóide de esôfago na população brasileira, fato que levantou questionamentos acerca dos fatores que influenciam ao desenvolvimento desse tipo de carcinoma, bem como das melhores condutas terapêuticas nesses casos. Nesse sentido, o seguinte artigo de revisão e relato de caso tem como propósito analisar as principais condições de risco e a melhor conduta terapêutica utilizada no caso apresentado, comparando sua efetividade com aquelas apresentadas nas referências literárias. Foram analisados 15 artigos de revisão de literatura, publicados no período entre 2018 a 2022, os quais foram comparados com os métodos terapêuticos do relato de caso do paciente N.L.M, masculino, 59 anos, que foi diagnosticado com carcinoma epidermóide de esôfago em 2021. O caso demonstrou que o tipo de câncer se correlacionou com as características e fatores de risco apresentados pelo paciente. Ademais, o trabalho procurou demonstrar que a quimioterapia e a radioterapia precedendo a cirurgia é conduta assertiva na terapêutica para carcinoma epidermóide de esôfago estágio T3 N1 M0, solidificando as evidências encontradas nas literaturas analisadas, durante o período supracitado.

Palavras-chave: Neoplasia de esôfago; Carcinoma do tipo epidermóide; Condutas terapêuticas

ID: 113416

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Antonio Massayuki Wakasugui Sobrinho / WAKASUGUI SOBRINHO, A. M. / UFMT; Thainara Missassi Heller / Heller, T. M. / UFMT; Felipe Pereira Lemos Costa / Costa, F. P. L. / UFMT; Raquel Milhomem Gama / Gama, R. M. / UFMT; Raydsson dos Santos Silva / Silva, R. S. / UFMT; Carlos Henrique Arruda Salles / Salles, CHA / HUJM-EBSERH/UFMT; Ricardo Budtinger Filho / FILHO, R. B. / UFMT; Bruna Luiza Ribeiro Souto / SOUTO, B. L. R. / UFMT;

Título: TRATAMENTO DE DIVERTÍCULO DE ESÔFAGO MÉDIO POR VIDEOTORACOSCOPIA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Os divertículos esofágicos são classificados em verdadeiros e falsos. Os verdadeiros envolvem todas as camadas da parede do esôfago, sendo elas, mucosa, submucosa e muscular. Por outro lado, os divertículos falsos envolvem apenas mucosa e submucosa. Além dessa classificação, os divertículos também podem ser classificados em relação à sua localização no esôfago, os mais comuns são: faringoesofágico, conhecido como divertículo de Zenker, divertículo de esôfago médio e epifrênico. A fisiopatologia dos divertículos envolve a pulsão, nos casos dos divertículos falsos, em decorrência da pressão intraluminal e a tração, no caso dos verdadeiros, devido forças externas ao esôfago. Este trabalho tem por objetivo relatar o caso de um jovem, sintomático, com diagnóstico de divertículo de esôfago médio, que foi submetido à ressecção cirúrgica do divertículo, uma vez que existem poucos relatos na literatura de casos semelhantes. RELATO DO CASO: Paciente, masculino, 28 anos, com queixa de eructação e disfagia progressiva há aproximadamente três anos. A endoscopia digestiva alta evidenciou lesão subepitelial de esôfago médio a esclarecer. Posteriormente, o paciente realizou ecoendoscopia que interrogou a presença de cisto de duplicação de esôfago e biópsia guiada com anátomo-patológico negativo para neoplasia. A tomografia computadorizada de tórax com contraste via oral constatou divertículo esofágico em terço médio do esôfago, medindo 1,7cm de diâmetro, mediastino centrado, sem sinais de massas e/ou linfonodomegalias. O paciente foi submetido à videotoracoscopia com ressecção do divertículo, sem intercorrências. O material foi encaminhado para o anátomo-patológico, o qual confirmou ser um divertículo verdadeiro. Atualmente, o paciente se encontra assintomático e realizando acompanhamento clínico ambulatorial. DISCUSSÃO: Embora, os divertículos de esôfago médio sejam considerados alterações raras e a maioria dos pacientes seja assintomática, deve-se sempre tê-los em mente em casos de pacientes com sintomas de disfagia, dor torácica, regurgitação, etc. Em casos sintomáticos ou de divertículos grandes, deve-se sempre considerar intervenção cirúrgica minimamente invasiva.

Palavras-chave: Esôfago; Divertículo esofágico; Divertículo de duplicação

ID: 113384

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Natalia Darvila Magalhaes Nascimento / NASCIMENTO, N.D.M. / UNICEUMA; Natalia Darvila Magalhaes Nascimento / NASCIMENTO, N.D.M. / UNICEUMA; Ana Clara Abreu Mendes / Abreu Mendes, A. C. / UNICEUMA; José Martins dos Santos Sobrinho Júnior / SOBRINHO JUNIOR, J.M.D.S / UNICEUMA; Ana Clara Mota Gonçalo / Gonçalo, A. C. M. / UNICEUMA; José Gonçalo de Sousa Neto / Sousa Neto, J.G / UNICEUMA; João Marcelo Damasceno Licar / Licar, J. M. D / UNICEUMA; Suzane Katy Rocha Oliveira / Oliveira,S.K.R / UNICEUMA;

Título: ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR ESPINHA DE PEIXE RELATO DE CASO

A dor abdominal, apresentação que compreende de 5 a 10% de todos os pacientes emergenciais, é uma das maiores necessidades de diagnóstico diferencial nas emergências clínicas e cirúrgicas, visto que pode ser causada pelas mais diversas etiologias. O que se preza no processo de distinção entre causas orgânicas e não orgânicas dessa dor é o emprego de uma cuidadosa história clínica e um eficaz exame físico. Assim, entre suas principais origens tem-se o abdome agudo, que é caracterizado por uma dor intensa na região abdominal geralmente associada com irritação peritoneal e evolução em até 48h, podendo ter proveniência de obstrução, perfuração, inflamação, hemorragia e causas vasculares mas não de causas traumáticas. O abdome agudo perfurativo, objeto deste relato, representa a terceira maior causa entre as etiologias do abdome agudo que levam à procura por assistência médica, estando abaixo apenas das origens inflamatórias e obstrutivas. . Paciente do gênero feminino, 55 anos, natural de São José de Ribamar MA, admitida no Hospital Socorrão II, proveniente da UPA do Araçagy no dia 23/04/2022 às 22:56h referindo dor abdominal em flanco esquerda ha 3 dias com suspeita de corpo estranho. Abdome globoso, depressível, flácido, doloroso à palpação profunda em FIE. O laudo de CT de abdome nesta data evidencia material linear no interior de alça delgada em flanco E de cerca de 2,5 x 0,3cm, podendo ser corpo estranho (indeterminado) sem uso de contraste. Solicitada a CT de abdome com contraste notou-se a presença de artefato alongado transpassando a parede anterior de alça ileal localizado no hipogástrio, compatível com corpo estranho, determinando perfuração de alça ileal em hipogástrio. Logo sendo encaminhada ao Centro Cirúrgico para Laparotomia Exploradora. Achado cirúrgico: presença de espinha de peixe, transfixando alça de delgado a 40cm da válvula ileo-cecal. Conduta: exérese do corpo estranho, enterorrafia com Prolene 4.0, ponto em ‘ Y. Síntese por planos. Com evolução satisfatória, após medicação com antibiótico terapia e dieta liquida pós operatório, recebendo alta hospitalar 3º dia. O abdome agudo perfurativo é tipicamente referido como um quadro de dor intensa, súbita e de localização difusa ocasionado pela perfuração de vísceras ocas do trato gastrointestinal. Com a dita perfuração, há o desenvolvimento de uma peritonite regional que posteriormente evolui para um quadro generalizado que conduz os achados clínicos da condição. Um atraso diagnóstico maior que 24h aumenta substancialmente a mortalidade. Para que isso seja evitado, a realização de uma anamnese adequada, exame físico direcionado e investigação imaginológica com radiografias simples e tomografias computadorizadas do abdome deve ser priorizada. A rotina laboratorial, por sua vez, é imprescindível para uma boa avaliação da história evolutiva do abdome agudo, bem como para descartar possível quadro inflamatório e infeccioso decorrente da perfuração.

Palavras-chave: ABDOME AGUDO; ABDOME AGUDO PERFURATIVO; LAPAROTOMIA EXPLORADORA

ID: 112866

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Giovanna Pinho Pereira / Pereira, G. P. / Hospital Federal de Ipanema ; Rafael Menasche Soichet / Soichet, R. M. / Hospital Federal de Ipanema; Camilla Farias de Souza Cruz / Cruz, C. F. S / Hospital Federal de Ipanema; Frederico Japiassu Santiago / Santiago, F. J. / Hospital Federal de Ipanema; Karina de Oliveira Bokel Zborowski / Zborowski, K. O. B / Hospital Federal de Ipanema; Bruno Gonçalves Rangel / Rangel, B. G. / Hospital Federal de Ipanema; Bruno Barbosa Lima / Lima, B. B. / Hospital Federal de Ipanema; Ingrid Costa Vieira / Vieira, I. C. / Hospital Federal de Ipanema;

Título: ADENOMA DE PAPILA DE VATER - RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO Neoplasias da ampola de Vater são incomuns e possuem alto potencial de malignidade. O diagnóstico acurado e a exclusão de malignidade baseado em estudos pré-operatórios é difícil, já que pode coexistir um carcinoma invasivo com adenoma. As neoplasias benignas são raras, representando menos de 10% dos tumores de ampola, sendo adenomas os mais frequentes. Estes sofrem malignização pela sequência adenoma-carcinoma. Os adenomas podem ser incidentalomas ou se apresentarem clinicamente com sintomas colestáticos, dor abdominal, colangite ou pancreatite. O diagnóstico pode ser feito por endoscopia digestiva alta, ou através da Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), associada ou não com a ecoendoscopia para melhor acurácia. RELATO DE CASO J.S.M, feminina, 61 anos, com história prévia de neoplasia de mama tratada, em uso regular de Tamoxifeno, refere início de dor intensa em hipocôndrio direito, com irradiação para dorso e icterícia progressiva em fevereiro de 2020. Nega perda ponderal. Histórico de colecistectomia prévia em 2010. CPRE em julho de 2020 evidenciou lesão de papila duodenal com estenose de colédoco distal, biópsia inconclusiva. Feita papilotomia ampla e drenagem da via biliar com prótese plástica, com resolução da icterícia. Nova biópsia em agosto de 2020 revelou adenoma tubular com displasia de baixo grau. Ressonância de abdome em novembro de 2021 revela discreta dilatação de vias biliares à esquerda e da via biliar extrahepática. Sem evidências de doença à distância. Optado realização de Ampulectomia duodenal e drenagem da cavidade em março de 2022. Congelação intra-operatória evidenciou adenoma com displasia de baixo grau, margens pancreática e biliar livres. Laudo histopatológico da peça cirúrgica confirmou adenoma com displasia de baixo grau. Pós operatório realizado sem intercorrências, realizando dieta enteral por sonda nasoenteral posicionada durante a cirurgia até o terceiro dia, quando iniciou-se dieta oral. Dosagens seriadas de amilase e bilirrubina do dreno sem alterações, sendo este retirado no sétimo dia juntamente com a alta hospitalar. Permaneceu em acompanhamento ambulatorial, sem intercorrências até o momento. DISCUSSÃO Até pouco tempo, o tratamento de escolha para lesões de papila de Vater era a duodenopancreatectomia. Com a evolução dos métodos diagnósticos, procedimentos menos invasivos como a papilectomia endoscópica e a ampulectomia transduodenal (ATD) tornaram-se mais populares, permitindo menor morbidade e mortalidade. As indicações de ATD atualmente são restritas a tumores não elegíveis a papilectomia endoscópica, tanto em lesões benignas quanto em carcinoma in situ. A biópsia de congelação intra-operatória, apesar de não confirmar ausência de malignidade, consegue avaliar a negatividade das margens da lesão, assegurando a ressecção completa do tumor e, além disso, permite a conversão da ampulectomia transduodenal em duodenopancreatectomia em caso de carcinoma invasivo.

Palavras-chave: Adenoma de Papila; Ampulectomia; Ampola de Vater

ID: 113550

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Kattiucy Gabrielle da Silva Brito / Brito, K.G.S. / Universidade Federal Fluminense/Hospital Universitário Antonio Pedro; Edarlan Barbosa dos Santos / Santos, E.B. / Universidade Federal Fluminense/Hospital Universitário Antonio Pedro; Thiago Boechat de Abreu / Abreu, T,B. / Universidade Federal Fluminense/Hospital Universitário Antonio Pedro; Marcelo Sá de Araújo / Araújo, M. S. / Universidade Federal Fluminense/Hospital Universitário Antonio Pedro;

Título: CIRURGIA DE BIPARTIÇÃO GASTRICA NO TRATAMENTO PALIATIVO DO CÂNCER GASTRICO AVANÇADO: RELATO DE CASO

A Neoplasia gástrica possui grande incidência em todo mundo, sendo responsável por elevada taxa de mortalidade. O conjunto de sintomas sutis apresentados no início da afecção e falta de mapeamento endoscópico em alguns países corroboram com significativo índice de pacientes com doença irressecável, sendo elegíveis apenas a terapias paliativas. A decisão de tratar deve ser individualizada, sendo a melhora na qualidade de vida o objetivo primordial. O alívio dos sintomas obstrutivos é o parâmetro mais importante para avaliar o efeito clínico ou resultado de um tratamento. As soluções devem ser conhecidas pelos cirurgiões para que possam propor a melhor estratégia para o paciente. Trata-se de paciente do sexo feminino, 76 anos, hipertensa e diabética, que apresentava quadro de dor epigástrica a pelo menos 2 anos, evolutivamente adicionou-se o achado de perda ponderal e disfagia, quando então foi submetida a endoscopia digestiva alta (EDA) sendo diagnosticada com adenocarcinoma misto com componentes de adenocarcinoma tubular e carcinoma de células pouco coesas, variante de células em anel de sinete. Realizado estadiamento com Tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve que evidenciou espessamento parietal da porção do corpo e antro gástrico, com linfonodosmegalias gastrohepáticas e sem evidência de doença a distância ou carcinomatose peritoneal, TC de tórax sem alterações, laboratório pré-operatório demonstrou anemia grave, sendo necessário hemotransfusão no pré e intra-operatório. Submetida a procedimento cirúrgico com proposta inicial de gastrectomia subtotal, porém, no ato cirúrgico a lesão se mostrou indissociável de pâncreas e lobo esquerdo hepático, optado então por realizar partição gástrica de Devine, devido ao histórico de anemia grave e a necessidade de via alimentar frente a melhor qualidade de vida no processo de tratamento paliativo. Procedimento realizado sem intercorrências, paciente evolui de forma satisfatória no pós-operatório, recebendo alta após cinco dias, com boa aceitação de dieta e sem queixas. Segue acompanhamento oncológico paliativo. A técnica de bipartição gástrica de Devine com gastroenteroanastomose se mostrou uma técnica segura, rápida, com grande ganho na qualidade de vida e notada redução dos sintomas como náusea e vômitos, além garantir via alimentar oral segura no contexto de paliatividade. Quando em comparação com a técnica de gastroenteroanastomose sem secção parcial do estomago, a técnica com bipartição gástrica oferece menor probabilidade de obstrução da anastomose pela progressão de doença, menor incidência de ressangramentos e de sintomas disfagicos. Assim, deve-se levar em consideração para o tratamento do câncer gástrico avançado com obstrução pilórica.

Palavras-chave: neoplasia gastrica avançada; bipartição gastrica; Cirurgia paliativa

ID: 113605

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Renata Campos Correa dos Santos / Santos, R. C. C. / UFMG; Gabrielle Martins Peres / Peres, G. M. / UFMG; Gabriela Andreatta Roffes / Roffes, G. A. / UFMG; Gabriela Somma Gomes / Gomes, G. S. / UFMG; Nathália Estanislau Moreira / Moreira, N. E. / UFMG; Mariana Oliveira Ferreira / Ferreira, M. O. / HC-UFMG; Soraya Rodrigues de Almeida Sanches / Sanches, S. R. A. / UFMG;

Título: COMPLICAÇÕES PÓS GASTRECTOMIA PARCIAL COM RECONSTRUÇÃO A BILLROTH II

Introdução Previamente a introdução dos fármacos antagonistas do receptor H2, dos inibidores de bomba de prótons e do tratamento da Helicobacter pylori, a intervenção cirúrgica pela antrectomia e reconstrução do trânsito intestinal era padrão para complicações de úlceras pépticas. Dentre as técnicas cirúrgicas, a Billroth II (BII) consiste em uma gastrojejuno anastomose término□lateral sem continuidade pilórica. Atualmente, são diagnosticadas as complicações tardias dessa técnica. Relato de Caso AQR, feminino, 81 anos, queixava de epigastralgia, plenitude pós-prandial e vômitos há 8 meses associada a perda ponderal de 10kg, relatou episódios prévios de hemorragia digestiva alta (HDA) com necessidade de hemotransfusao. Ao exame físico, encontrava-se hipocorada, desnutrida e sem achados de linfonodomegalias. Histórico de antrectomia com reconstrução por BII há 22 anos, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e fibrilação atrial paroxísticas. Em uso de Pantoprazol, Losartana, Carvedilol e Amiodarona. Realizou EDA no serviço, a qual identificou cicatriz de úlcera na anastomose gastrojejunal e consequentemente estenose parcial na transição do segmento eferente da BII. Optado por dilatação com balão hidrostático, com proposta de nova dilatação após 15 dias; passagem de cateter nasoentérico (CNE) para melhora do estado nutricional e biópsias. Foi realizado tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve com contraste venoso e oral que identificou espessamento em região de anastomose, sem sinais de acometimento secundário ou fístula. Após 10 dias, paciente foi readmitida devido episódio de HDA, manifestado por melena, com queda hematimétrica e sem instabilidade hemodinâmica. Realizado nova EDA onde foi visualizado úlcera profunda em transição entre alça aferente e eferente, e no momento da biópsia apresentou sangramento o qual foi hemostasiado com auxílio de hemoclip. Checado primeira biópsia com resultado de processo inflamatório crônico fibrosante. Devido sintomas refratários, optado por tratamento cirúrgico com ressecção da gastroentero anastomose (BII prévia) e reconstrução em Y de Roux. Apresentou síndrome de realimentação, alta no 7º dia pós operatório e em retorno ambulatorial já com ganho de peso e anatomopatológico com achados histológicos compatíveis de úlcera gástrica sem sinais de malignidade. Discussão Complicações tardias relacionados a BII tem como diagnóstico diferencial formação de novas úlceras pépticas devido antro gástrico retido ou vagotomia incompleta; úlceras marginais em decorrência da lesão ácida no jejuno distal e o câncer de coto gástrico. Inicialmente, essas complicações se manifestam de maneira semelhante, com epigastralgia, náusea e vômitos. Destaca-se aqui a importância de um acompanhamento pós operatório aos pacientes submetidos a BII, investigação com EDA, que apesar de não ser mandatória é recomendada, principalmente após 15 a 20 anos quando há um risco aumentado de câncer de coto gástrico.

Palavras-chave: Gastrectomia; Reconstrução com Billroth II; Complicações tardias

ID: 113882

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Otávio Augusto / Ribeiro,O.A.S.R / Hospital Santa Isabel; Aline Santos Dias / Dias, A.Santos / Hospital Santa Isabel; Marcos Augusto de Carvalho / Carvalho, M.A / Hospital Santa Isabel; Luciana Bittencouth de Carvalho / Carvalho, L.B / Hospital Santa Isabel; Marcela Rangel / Rangel, Marcela / Hospital Santa Isabel; Marina Lima / Lima, Marina / Hospital Santa Isabel; Marcelo Reis / Reis, Marcelo / Hospital Santa Isabel;

Título: DIVERTÍCULO DE MECKEL ESPELHADO: RELATO DE CASO

Introdução: O divertículo de Meckel é a mais comum alteração congênita do aparelho digestivo, origina-se da falha no fechamento do ducto onfalomesentérico, abrangendo todas as camadas do intestino (divertículo verdadeiro). O DM é comumente assintomático, porém quando sintomático apresenta-se frequentemente com quadros de hemorragia digestiva e obstrução intestinal em crianças e adultos, respectivamente. Exames de imagem podem confirmar o diagnóstico, sendo a tomografia computadorizada e ultrassonografia os mais utilizados. Relato: EAF, 25 anos, masculino, da entrada no Pronto-Socorro do hospital Santa Isabel com relato de dor abdominal difusa associada a constipação e náuseas e vômitos há 24 horas. Realizada tomografia de abdômen com contraste venoso que evidenciou imagem em formato de borboleta em segmento de alça de intestino delgado. O paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico para laparotomia exploradora onde observou-se lesão diverticulite espelhada em borda anti-mesentérica de íleo terminal a aproximadamente 40cm da válvula ileocecal. Discussão: O diagnóstico laparoscópico compatível com DM, e confirmado pelo resultado anatomopatológico, justificam origem da imagem atípica em formato de borboleta observado pela tomografia.

Palavras-chave: Divertículo de Meckel; Divertículo; Obstrução

ID: 113502

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Godinho de Oliveira / Oliveira, G. G. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Henrique Malteze Garcia Rodrigues / Rodrigues, H. M. G. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Pedro Henrique Costa Eiras da Silva / Silva, P. H. C. E. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Felipe Olenscki Gilli / Gilli, F. O. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Ana Belen Gutierrez Rodriguez / Rodriguez, A. B. G. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Giovanna Lira Rosa Ciutti / Ciutti, G. L. R. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Vinicius Bignatto / Bignatto, V. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Ramiro Colleoni / Colleoni, R. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo;

Título: ENTERITE CRÔNICA ULCERATIVA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA EM PACIENTE PORTADOR DE HIV: UM RELATO DE CASO

Introdução: Hemorragia digestiva baixa (HDB) é definida como sangramento originado no trato gastrointestinal (TGI) distal à ampola de Vater e representa 20% dos casos de sangramento do TGI. Em 80% das vezes é autolimitada; com taxa de mortalidade entre 2 e 4%. Seu diagnóstico etiológico é complexo, com até 23% dos casos sem causa definida. Sangramentos do intestino delgado são raros (3% dos casos) e apresentam maior morbimortalidade quando comparados aos colônicos, devido à taxa de ressangramento, que chega a 47% em 2 anos. Apresentamos relato de caso de HDB por lesão em jejuno. Relato de caso: Realizado em hospital quaternário de centro urbano, em conformidade com SCARE Guideline 2020 e com consentimento do paciente. Homem, 56 anos, portador de HIV com Sarcoma de Kaposi disseminado, procurou serviço de emergência referindo melena há dois dias, associado à hipotensão postural. Ao exame físico, apresentava-se hipotenso, taquicárdico e com má perfusão periférica. Exames laboratorias com anemia, leucocitose, elevação de ureia e creatinina séricas; gasometria arterial com acidose metabólica e hiperlactatemia. À endoscopia digestiva alta (EDA) não foi evidenciado sangramento e à angiotomografia computadorizada de abdome evidenciou-se extravasamento de contraste para o interior de jejuno na fase arterial. Concluiu-se tratar de HDB secundária à lesão jejunal. Optado por laparotomia exploradora (LE) com enteroscopia intraoperatória, em cujo inventário não foram identificados sangramento ou lesões. No 3º dia pós-operatório (DPO), por piora da instabilidade hemodinâmica, foi indicada nova LE com enteroscopia. Identificados três pontos de teleangiectasias entre os 50 cm proximais e distais ao ponto de enterotomia, os quais foram marcados com prolene. No 4º DPO subsequente paciente recorreu com instabilidade hemodinâmica. Indicada LE com ressecção da região previamente marcada de delgado e anastomose manual. Paciente apresentou melhora clínica e alta hospitalar no 30º DPO da primeira cirurgia. Anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou enterite crônica ulcerada, com estudo imuno-histoquímico negativo para Sarcoma de Kaposi. Discussão: Trata-se de caso raro de HDB por sangramento em delgado, que representa menos de 3% dos casos de HDB, e em 80% das vezes, são de etiologia vascular. Recomenda-se investigação diagnóstica inicial por método endoscópico: colonoscopia/ retossigmoidoscopia, EDA, e, na suspeita de lesão de delgado, endoscopia por cápsula ou enteroscopia com endoscópio longo. Devido à indisponibilidade destes últimos no nosso serviço, optado por uso de imagem contrastada e realização de enteroscopia intraoperatória. Para o tratamento são preferidos os métodos de hemostasia endoscópicos, ficando a abordagem cirúrgica reservada para casos selecionados quando, como neste caso, aqueles resultam inefetivos e o paciente permanece em deterioração clínica. Não há na literatura associação entre enterite crônica ulcerativa e pacientes portadores de HIV.

Palavras-chave: Hemorragia digestiva baixa; Intestino delgado; Enterite crônica ulcerativa

ID: 113836

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Mariana Eugênia Zacharias Bonfim / BONFIM, M. E. Z. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; Vitória Hibary Nati / NATI, V. H. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; Thiago Lourenço de Albuquerque / ALBUQUERQUE, T. L. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; Emanuella Roberta Ina Cirino / CIRINO, E. R. I. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; Fabio Terabe / TERABE, F. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR;

Título: GASTRECTOMIA EM CUNHA PARA RESSECÇÃO DE TUMORES ESTROMAIS GASTROINTESTINAIS DE FUNDO E CORPO GÁSTRICO.

Gastrectomia em cunha para ressecção de Tumores Estromais Gastrointestinais de fundo e corpo gástrico. INTRODUÇÃO: O Tumor estromal gastrointestinal, conhecido como GIST (sigla para gastrointestinal stromal tumors) é um sarcoma de partes moles, com incidência rara, responsável por apenas 1 a 3% de todos os tumores que acometem o aparelho digestivo. O GIST tem origem nas células de Cajal e pode se originar em qualquer local do trato gastrointestinal, sendo o estômago o órgão mais acometido. Este tipo de tumor tem potencial para malignidade e varia desde um curso benigno até doença metastática, sendo, portanto, de suma importância o diagnóstico precoce e o tratamento correto. RELATO DE CASO: J. B., 56 anos, sexo masculino, com diagnóstico de hepatite B há mais de 30 anos, em uso de entecavir 0,5mg/dia. Apresentou Linfoma de células do manto em 2016, quando realizou 6 sessões de quimioterapia com remissão do linfoma. Em consulta ambulatorial, o paciente referia perda ponderal de 9kg nos últimos doze meses, associado a inapetência e sensação de empachamento. O exame físico não apresentava particularidades. Em investigação clínica, a Endoscopia Digestiva Alta evidenciou formação elevada, medindo aproximadamente 2,5cm, de superfície regular e semelhante a mucosa circunjacente, endurecida ao toque da pinça e com pequena erosão sobre a mesma, localizada na grande curvatura do corpo distal, com biópsia sugestiva de lesão subepitelial correspondente a um GIST. Realizada Tomografia Computadorizada de Abdome e posterior Ressonância Magnética de Abdome para melhor esclarecimento da lesão, sendo evidenciada lesão nodular bem delimitada em situação intramural / subepitelial na parede inferior do corpo gástrico, com componente exofítico, apresentando aspecto hiperintenso em T2 com hiperrealce arterial pelo contraste, medindo cerca de 43 x 32mm no maiores eixos (axial x coronal), compatível com neoplasia primária, sem evidência de linfonodomegalias perigástricas ou retroperitoneais. A Tomografia Computadorizada de Tórax não apresentava particularidades. No intraoperatório, havia presença de GIST disforme de aproximadamente 4cm em grande curvatura do estômago, compatível com o descrito pelos exames de imagem, sendo então realizada Gastrectomia em cunha com grampeador linear. O resultado do anatomopatológico foi de Tumor gastrointestinal tipo epitelioide com margens livres de neoplasia, e o paciente recebeu alta hospitalar 4 dias depois. CONCLUSÃO: A Gastrectomia em Cunha baseia-se na identificação da massa tumoral e na sua ressecção com um grampeador de anastomose linear, visando margens livres de neoplasia. Porém, ainda não está estabelecida qual a extensão ideal da margem cirúrgica. No estômago, com exceção para GIST próximo ao piloro e à cárdia (pelo risco de estenose e margens comprometidas), a Gastrectomia em Cunha é considerada uma técnica eficiente e com bons resultados para o tratamento das lesões em fundo e corpo gástrico.

Palavras-chave: GASTRECTOMIA-EM-CUNHA; GIST; NEOPLASIA

ID: 113395

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Portal Monteiro / Monteiro, G. P. / Hospital Regional de Cotia; Mayla Luri Oshiro / Oshiro, M. L. / Hospital Regional de Cotia; Juliana de Medeiros Sacchi Scavone / Scavone, J. M. S. / Hospital Regional de Cotia; Nathalí Tanzi Ulman de Olveira / Oliveira, N. T. U. / Hospital Regional de Cotia;

Título: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO A síndrome de Rendu-Osler-Weber (SROW) ou teleangiectasia hemorrágica hereditária (THH), é uma rara doença de herança autossômica dominante, com prevalência de 1 a cada 5000, que causa defeito da lâmina basal e camada muscular do vaso, causando malformações vasculares (MAVs) acometendo múltiplos órgãos e sistemas. Esses vasos sanguíneos são vulneráveis a sangramento por traumatismos e ruptura espontânea. A SROW pode se manifestar por um quadro típico que envolve: epistaxes de repetição; hemorragia digestiva aguda (HDA), telangiectasias de ponta de dedos e cavidade oral e tendência a anemia ferropriva. A gravidade é muito variável e pode conter uma gama de outros sítios de sangramento, inclusive: pulmonar, cerebral e hepático. RELATO DE CASO Mulher, 80 anos, procurou o PS por 2 episódios de vômitos com sangue há 2 dias. Queixava-se de dor abdominal difusa, em cólica e 1 episódio de síncope. Negava episódios prévios semelhantes, ou alterações do habito intestinal e urinário. Estava em tratamento para hipertensão arterial e anemia ferropriva e relatou que ela e os filhos tinham histórico de epistaxe de repetição. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral, descorada, hidratada, eupneica, acianotica, anicterica e estável. A oroscopia revelou telangectasias em palato duro, sem sangramento ativo. O abdome era depressível e indolor. O exame retal evidenciou melena. Medidas de suporte foram estabelecidas e a endoscopia digestiva alta evidenciou numerosas ectasias de até 1,5 cm em pequena curvatura, algumas recobertas por coágulo, com realização de escleroterapia endoscópica. Nos dias seguintes a paciente evoluiu com hematêmeses volumosas e necessidade de transfusões sanguíneas, e, devido à refratariedade ao tratamento clinico e endoscópico optou-se pela realização de gastrectomia total. DISCUSSÃO O quadro típico pode ajudar identificar a SROW e a prevenir situações graves. Apesar de ser uma condição genética, ela geralmente se manifesta a partir dos 40 anos. Pensando nisso, em 2020 foi elaborada a 2° diretriz internacional para manejo e prevenção de complicações da SROW, a qual recomenda adoção dos critérios de Curaçau para diagnóstico: epistaxes recorrentes; telangiectasias mucocutâneas; MAVs com envolvimento visceral; parente de 1° grau com THH. Presença de >3 critérios definem o diagnóstico e 2 critérios mantém a suspeita. A telangiectasia pode ocorrer em todo o trato gastrointestinal e é mais comum no estômago ou duodeno. O diagnóstico pode ser feito por endoscopia ou angiografia, e o tratamento inclui estrogenioterapia, laser, cauterização ou ressecção cirúrgica. Devido à variabilidade de apresentação do local sangrante muitas são as opções para conter o sangramento. Não existe nível de evidência de que uma técnica se sobreponha às outras. No caso, a paciente já tinha os critérios para o diagnóstico e isso poderia ter a alertado, bem como familiares e serviços de saúde sobre condição de maior vulnerabilidade a sangramentos.

Palavras-chave: Rendu-Osler-Weber; malformações vasculares; Hemorragia digestiva

ID: 113278

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Oliveira Bagano / Bagano, G. O. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; André Claudio Rocha / Rocha, A. C. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Gabriela Hawane Bortoli França Moreira / Moreira, G. H. B. F. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Matheus Neres Silva / Silva, M. N. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Michelle Rabello Tacconi / Tacconi, M. R. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Lorena Gidrão de Queiroz / Queiroz, L. G. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Vinicius Rodrigo de Fabio Lima / Lima, V. R. F. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Marcos Antonio Marton Filho / Marton Filho, M. A. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto;

Título: HEMORRAGIA DIGESTIVA, VOLVO E INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIOS A NEOPLASIA MALIGNA DO INTESTINO DELGADO EM PACIENTE JOVEM FALCÊMICO: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O intestino delgado é o órgão mais longo do trato digestivo e, ocasionalmente, pode ser alvo de neoplasias. Por sua raridade, não há dados oficiais sobre a incidência do câncer de intestino delgado no Brasil. Nos EUA, esse tipo de tumor representa menos de 5% de todos os tumores do trato digestivo e cerca de 0,6% de todos os tumores malignos. Lá, a estimativa é que a incidência anual seja de 2,1 casos para cada 100 mil habitantes. Os tumores de delgado podem ser de diferentes tipos: Neuroendócrinos (considerados atualmente os mais comuns), Adenocarcinoma (tumor de origem epitelial), Sarcomas ou Linfomas. Além disso, o sítio do delgado que é mais comumente acometido por tais neoplasias é o Duodeno. RELATO DE CASO: Paciente, 27 anos, portador de Anemia Falciforme, admitido por ter iniciado há 3 dias da admissão quadro de dor em andar inferior do abdome, tipo cólica, de moderada intensidade, sem migração ou irradiação, com melhora apenas parcial a analgesia simples. Associadamente, referiu náuseas, vômitos e 2 episódios de hematoquezia, negando outras queixas ou alterações. Negou outras comorbidades ou cirurgias previas. Exame tomográfico de abdome evidenciou sinais de volvo de intestino delgado (jejuno) com intussuscepção intestinal. Foi realizada cirurgia de Laparotomia Exploradora com Enterectomia Segmentar e Entero-Enteroanastomose Latero-Lateral. Anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou Adenocarcinoma invasivo bem diferenciado com Estadiamento Patológico pT2N0Mx. DISCUSSÃO: Correlacionando com dados da literatura, apesar de integrar o espectro clínico da neoplasia de delgado, a hemorragia digestiva não é a sua forma mais comum de apresentação, embora tenha sido observada neste caso. Ademais, no caso descrito, o tipo histológico era o Adenocarcinoma, que não se trata do tipo mais comum, bem como a localização era em Jejuno, sendo o sítio mais frequente o Duodeno. Apesar de haver outras já conhecidas complicações gastrointestinais da doença falciforme, cabe investigar em estudos futuros se tal patologia se correlaciona com os fenômenos descritos acima ou se foram condições apenas coexistentes neste caso.

Palavras-chave: Neoplasia de Intestino Delgado; Hemorragia Digestiva; Anemia Falciforme

ID: 113501

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lívia Bagodi Missura / Missura, L. B. / Universidade José do Rosário Velano- UNIFENAS Campus Alfenas; Julia Dayrell Beretens / BERETENS, J. D. / Universidade José do Rosário Velano- UNIFENAS Campus Alfenas; Karem Yapuck Pereira de Almeida / ALMEIDA, K. Y, P. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG; Samuel Nuno Pereira Lima / LIMA, S. N. P. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG; Oriane da Silva Pimenta / PIMENTA, O. S. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG; Glayson da Silveira Martins / MARTINS, G. S. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG; Tiago de Oliveira Cunha / CUNHA, T. O. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos-MG;

Título: INFARTO DE OMENTO MAIOR: UMA CAUSA RARA DE ABDOME AGUDO

INTRODUÇÃO O Infarto Omental (IO) é uma rara causa de dor abdominal que normalmente cursa com dificuldade de diferenciação entre seus diagnósticos diferenciais. Descrito por Eitel (1) em 1899, essa rara condição pode ser confundida com quadros de apendicite e torções abdominais (2). Apresentamos um caso de Infarto Omental e seu manejo clínico cirúrgico. RELATO DE CASO Homem, 45 anos, foi encaminhado a unidade de atendimento terciário com queixa de dor abdominal do tipo cólica em flanco esquerdo iniciada há 4 dias associada com quatro episódios de diarreia sem muco ou sangue. Sem história de doenças crônicas, tabagismo e alcoolismo. Sem antecedentes cirúrgicos relevantes. Ao exame físico apresentava parâmetros de sinais vitais, aparelho cardiovascular e respiratório sem alterações. No aparelho abdominal foi evidenciado abdome plano, timpanismo difuso, ruídos hidroaéreos diminuídos, dor intensa à palpação superficial e profunda em flanco esquerdo evidenciando sinais de peritonite, sinal de Blumberg positivo, sinal de Giordano negativo. Seus exames laboratoriais evidenciava uma discreta leucocitose (11.500/mm3 VR: intervalo normal: 3600 a 11000/mm3) com 2% de bastonetes; função renal, função hepática e pancreática preservada e proteína c reativa de 112 mg/dL (VR: 0-3 mg/dL). Para elucidar a etiologia deste quadro foi solicitado Tomografia Computadorizada indicando distribuição incaracterística das alças intestinais, sendo observado que ceco localiza-se no mesogástrio à esquerda, visualizado apêndice cecal, com calibre aumentado, localizado próximo ao cólon descendente no flanco esquerdo associado a densificação da gordura adjacente compatível com processo inflamatório (apendicite aguda) sem alterações visíveis em outros órgãos. Foi submetida a abordagem cirúrgica por videolaparoscopia para realização da apendicectomia programada. Durante o intra operatório foi encontrado um ponto de necrose do epíplon a esquerda de etiologia relacionada a uma torção do epíplon sem evidências de hérnias ou cistos evidentes, sendo necessário a necrosectomia do epíplon à esquerda, e realizado apendicectomia tática no momento do ato cirúrgico. Ao exame anatomopatológico, o epíplon apresentou peritonite aguda fibrino leucocitária e o apêndice cecal uma inflamação reacional. Paciente apresentou boa evolução clínica e recebeu alta hospitalar no 2º dia pós-operatório. DISCUSSÃO O IO apresenta-se em miscelânea com outras etiologias de dor abdominal atípica, portanto é necessário sempre elucidar as especificidades dos diagnósticos diferenciais entre suas diferenças de apresentação entre apendicite, colecistite e diverticulite (3;4). Associado a isso, o manejo desse paciente deve ser optado ou manejo clínico com analgesia e antibiótico ou cirúrgico com laparoscopia ou laparotomia para exploração total da cavidade. O tratamento cirúrgico possui maior acerto quando relacionado a resolução mais rápida do caso, diminuição de sintomas e necessidade de novas abordagens (5).

Palavras-chave: Abdome Agudo; Infarto Omental; Diagnóstico diferencial

ID: 113825

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ana Elisa Dias de Souza / SOUZA, A. E. D. / HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP); Júlia Cristina Facchi / FACCHI, J. C. / HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP); Caique Fernandes Alves / ALVES, C. F. / HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP); Roque Beltrão Batista / BATISTA, R. B. / HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP); Murilo Augusto Paranhos Pinto / PINTO, M. A. P. / HOSPITAL ESTADUAL DE SUMARÉ (HES);

Título: INTUSSUSCEPÇÃO ILEOCECAL EM ADULTO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: a intussuscepção intestinal é um evento raro em adultos, configurando-se como etiologia de apenas 1-5% dos casos de obstrução intestinal. O quadro clínico é espectral, e o diagnóstico pré-operatório é difícil. RELATO DE CASO: J. A. S., feminina, 27 anos, com diagnóstico prévio de colecistolitíase, admitida no pronto-atendimento com queixa de dor abdominal intensa, vômitos e diarreia havia 15 dias, com posterior parada de eliminação de fezes. Ao exame físico, distensão abdominal e dor difusa, de maior intensidade em mesogástrio, sem massas palpáveis. TC de abdome revelou imagem em alvo sugestiva de intussuscepção em quadrante inferior direito. Foi submetida a laparotomia exploradora, que confirmou a presença de invaginação do íleo terminal sobre o ceco, com extensão de 40 cm; após tentativa de redução manual sem sucesso, realizadas ileotiflectomia, com reconstrução de trânsito com anastomose látero-lateral mecânica, e colecistectomia por oportunidade. Aberta a peça cirúrgica, identificada tumoração de cerca de 5 cm em parede de íleo terminal, associada a alças de aspecto necrótico no interior do ceco, com secreção purulenta. A paciente evoluiu após o procedimento com progressiva melhora, recebendo alta no 6º dia pós-operatório, com boa aceitação de dieta oral. O resultado da análise anatomopatológica da peça ficará disponível em breve e será acrescentado ao relato. DISCUSSÃO: diferentemente da intussuscepção na infância, em adultos o fator etiológico encontra-se bem definido em até 90% dos casos*. Neoplasias malignas estão presentes em até 40% dos casos de intussuscepção de delgado, em grande parte lesões metastáticas. As intussuscepções podem ser categorizadas em entérica, íleo-cólica, ileocecal, colo-cólica, colo-retal ou reto-retal; a localização entérica é mais frequente, e a íleo-cecal contribui com 9 a 35% dos casos**. O quadro clínico é variável, incluindo dor abdominal, náuseas e vômitos, massa abdominal, diarreia, febre, enterorragia e obstrução. O diagnóstico pré-operatório, ainda que com auxílio de exames de imagem, é obtido em apenas um terço dos casos. A abordagem cirúrgica dos casos de intussuscepção em crianças é restrita à refratariedade ao enema e aos casos de peritonite e perfuração intestinal; em contrapartida, nos adultos o tratamento deve ser individualizado, exigindo amiúde a ressecção de segmentos com sinais de sofrimento vascular. No referido caso, chama a atenção o quadro incomum de intussuscepção na faixa etária, com hipótese diagnóstica já aventada pelo exame tomográfico, no contexto de oclusão intestinal. * Lucena MT, Apel A, Silva MJM. Intussuscepção no adulto. Rev Bras Coloproct, 2005;25(2):158-161. ** Zubaidi A, Al-Saif F, Silverman R. Adult Intussusception: a retrospective review. Dis Colon Rectum. 2006;49(10):1546-51.

Palavras-chave: Intussuscepção intestinal; Invaginação íle-cecal; Obstrução intestinal

ID: 113601

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Jose Roberto Cavalcanti de Novais / Novais, J. R. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Lavinio Juliano Araújo Barbosa / Barbosa, L. J. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Nayron Arthur Correia Farias / Farias, N. A. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Amanda Rodrigues da Silva / Silva, A. R. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Crislanny Regina Santos da Silva / Santos, C. R. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Mayara Maria Colatino Veiga / Veiga, M. M. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; João Antonio Jacinto de Oliveira / Oliveira, J. A. / Universidade Tiradentes; Jhonat Thalyson da Silva / Silva, J. T. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho;

Título: INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL IDIOPÁTICA EM ADULTO

A intussuscepção ou invaginação consiste na penetração de um segmento do trato gastrointestinal dentro de outro adjacente, devido a um movimento anterógrado de uma lesão culpada ou ponto de chumbo secundário ao intestino peristaltismo da parede, puxando o segmento intestinal mais proximal onde o ponto de chumbo está ligado. Sua localização é variável, tendo uma prevalência de 52% no intestino delgado, na qual 57% são secundárias às neoplasias. Este presente relato tem como objetivo descrever um caso de intussuscepção intestinal idiopática, com o enfoque no diagnóstico e tratamento, no qual ainda não existe um consenso. Mulher de 53 anos, previamente hígida, com história de dor abdominal acompanhada de náuseas e vômitos há 12 dias, relatava ainda ausência de evacuação e eliminação de flatos há 9 dias. Negava febre e dor abdominal prévia semelhante. Ao exame físico apresentava dados vitais dentro da normalidade e abdome flácido, pouco doloroso, durante exame físico paciente vomitou conteúdo fecalóide. Nos exames laboratoriais não apresentava leucocitose ou alterações bioquímicas. A tomografia computadorizada com contraste evidenciou intussuscepção promovendo extensa dilatação de alças intestinais. A Laparotomia confirmou intussuscepção intestinal em segmento de jejuno com dilatação de alças intestinais a montante e tumoração fixa em alças. Logo foi realizada enterectomia com enteroanastomose término-terminal seguindo princípios oncológicos. Os sintomas mais frequentes são: dor abdominal (100%), náuseas e vômitos (55,5%), hematoquezia (50%) e massa palpável no hemi-abdômen inferior (11,1%). Na tomografia computadorizada foram descritos três padrões diferentes de intussuscepção, refletindo a gravidade e a duração do processo da doença. No estágio inicial é visto uma aparência de alvo, a qual progride para uma massa em forma de salsicha com áreas alternadas de baixa e alta atenuação, representando gordura mesentérica e parede intestinal, e finalmente, uma massa reniforme se desenvolve devido a edema, espessamento mural e comprometimento vascular. A maior parte do debate a respeito da conduta cirúrgica se concentra na questão da ressecção primária em bloco versus redução inicial, seguida por uma ressecção mais limitada. Os proponentes da ressecção primária citam a alta incidência de malignidade subjacente, na qual exige ressecção em bloco. Além da incapacidade de diferenciar a etiologia no intraoperatório. Logo, a ressecção deve respeitar os princípios oncológicos e é recomendada anastomose primária. Por outro lado, alguns autores recomendam uma abordagem seletiva para ressecção, levando em consideração o local da intussuscepção, o que influencia no tipo de patologia. Eles defendem uma abordagem mais seletiva para a patologia do intestino delgado, pois a menor taxa de malignidade torna o argumento para a ressecção inicial menos convincente.

Palavras-chave: Intussuscepção; Idiopática; Laparotomia

ID: 113233

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bianca Luiza Rauber / Rauber, BL / HSL-PUCRS; Angelica de Oliveira Cardoso / Cardoso, AO / HSL-PUCRS; Gabriele Eckerdt Lech / Lech, GE / HSL-PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / Zeferino, BR / HSL-PUCRS; Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, BF / HSL-PUCRS; Juliana Campello Beck / Beck, JcC / HSL-PUCRS; Carolina Schwartz Dal Piva / dal Piva, CS / HSL-PUCRS; Rafael Costa e Campos / Campos, RC / HSL-PUCRS;

Título: ISQUEMIA GÁSTRICA EM PACIENTE COM ATEROMATOSE SEVERA: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A isquemia gástrica é uma condição rara, em razão da extensa irrigação local. Ainda que incomum, essa patologia apresenta um prognóstico reservado, com alto índice de óbitos. Comorbidades como aterosclerose, hipertensão, tabagismo e diabetes são fatores de risco importantes, visto que causam uma diminuição no fluxo sanguíneo visceral. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 82 anos, ex-tabagista, hipertenso, com histórico de AVC hemorrágico. Relatava dor e distensão abdominal há 2 semanas, com piora progressiva, associadas a vômitos e diarreia. Ao exame físico, apresentava abdome levemente distendido, sem dor a palpação. Realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou leve dilatação gástrica difusa, com infiltração dos planos adiposos adjacentes ao fundo gástrico e sinais de isquemia (pneumatose gástrica e aeroportia). Foi evidenciada arteriosclerose na aorta abdominal, tronco celíaco, artéria mesentérica superior e artérias ilíacas comuns, ainda que com perfusão e sem estenose significativa. Foi indicado tratamento conservador para isquemia gástrica e o paciente foi deixado em jejum, com sonda nasogástrica, hidratação e antibioticoterapia. Após cinco dias de tratamento, foi realizada nova TC que demonstrou restauração do fluxo vascular gástrico e regressão completa dos sinais de isquemia e surgimento de trombose parcial no ramo portal esquerdo. O paciente recebeu alta em bom estado geral após 9 dias de internação. DISCUSSÃO: Apesar de incomum, ressaltamos a necessidade de considerar a isquemia gástrica como hipótese diagnóstica em pacientes com dor abdominal e fatores de risco. Além disso, ressaltamos a predileção pelo tratamento conservador, tendo em vista as altas taxas de sucesso e a grande morbimortalidade relacionada ao tratamento cirúrgico, sobretudo neste perfil de pacientes, devendo a abordagem cirúrgica ser reservada apenas para casos de falha do tratamento conservador.

Palavras-chave: isquemia gástrica; abdome agudo isquêmico; pneumatose gástrica

ID: 113871

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, B.F. / HSL-PUCRS; Juliana Campello Beck / Beck, J.C. / HSL-PUCRS; Bianca Luiza Rauber / Rauber, B.L. / HSL-PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / Zeferino, B.R / HSL-PUCRS; Isabela Contin / Contin, I. / HSL-PUCRS; Carlos Eduardo Bastian da Cunha / Cunha, C.E.B. / HSL-PUCRS;

Título: ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO

Íleo Biliar é uma rara complicação da colecistite que ocasiona obstrução intestinal por impactação de cálculos biliares no trato gastrointestinal, advindos de uma fístula biliodigestiva. Apesar de pouco comum, é uma patologia que deve ser estudada devido a sua alta mortalidade, que atinge uma taxa entre 12-27%, devido a sua prevalência em idosos multicomorbidos e a seu diagnóstico tardio. Paciente feminina, 80 anos, história prévia de hipertensão arterial sistêmica, foi encaminhada ao serviço de cirurgia geral do Hospital São Lucas da PUCRS por sintomas de colelitíase sintomática e ecografia abdominal apresentando vesícula biliar com paredes espessadas e delaminadas, repleta de lama biliar e cálculos, um destes impactando no infundíbulo medindo 3,8cm, coledoco de trajeto e calibre normais. Paciente internou eletivamente para colecistectomia videolaparoscópica. Em transoperatório, identificada fístula colecistoduodenal. Cirurgia convertida para convencional e realizada separação da comunicação colecistoduodenal com rafia do duodeno em plano único e ressecção da vesícula biliar. Paciente evolui com quadro de vômitos e obstrução intestinal em pós-operatório. Realizada tomografia computadorizada observando-se distensão de alças jejunoileais, com calibre de até 4,7 cm e transição abrupta de calibre ao nível da fossa ilíaca direita, determinada por formação calcificada, medindo cerca de 3,7 x 2,6 cm, possivelmente relacionado a cálculo biliar no contexto clínico da paciente. Esses achados são compatíveis com a informação clínica de obstrução mecânica ao trânsito intestinal por ileobiliar. Realizada enterotomia e retirada do cálculo. Paciente evolui bem em pós-operatório e recebe alta no decimo pós-operatório. O íleo biliar acontece devido a impactação de um cálculo na vesícula biliar associado a colecistite, formando uma fístula com o duodeno devido ao processo inflamatório, por onde passam os cálculos. Essa patologia pode corresponder a 25% das causas de obstrução intestinais mecânicas se considerarmos pacientes acima de 65 anos, como o caso da paciente relatada. Ela deve ser considerada quando ocorrer a tríade de Mordor: obstrução intestinal em paciente idoso com histórico de colecistite aguda e colelitíase e pode ser diagnosticada com a tríade de Rigler: cálculos radiopacos, pneumobilia e distensão de alças intestinais. O tratamento é essencialmente cirúrgico. Conhecer essa condição é fundamental para a sua detecção precoce, diminuindo assim a alta morbimortalidade associada a ela.

Palavras-chave: Colelitíase; Obstrução Intestinal; Íleo Biliar

ID: 113229

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bianca Luiza Rauber / Rauber, BL / HSL-PUCRS; Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, BF / HSL-PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / Zeferino, BR / HSL-PUCRS; Juliana Campello Becck / Beck,JC / HSL-PUCRS; Carolina Schwartz Dal Piva / dal Piva, CS / HSL PUCRS; João Pedro Gallina / Gallina, JP / HSL-PUCRS; Leonardo Santini Pedrosa da Fonseca / Fonseca, LSP / HSL-PUCRS; Carlos Eduardo Bastian da Cunha / da Cunha, CEB / HSL-PUCRS;

Título: NEOPLASIA DE MAMA COM METÁSTASE PARA ESTÔMAGO: UM RELATO DE CASO

Excetuando-se os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é a neoplasia mais prevalente em mulheres, sendo o carcinoma lobular invasivo de mama (CLI) o 2º tipo histológico mais comum. Ainda que demonstrem um padrão de proliferação distinto dos demais, a metástase para o estômago deste tipo de neoplasia é infrequente. Os sintomas presentes são inespecíficos e geralmente confundidos com aqueles colaterais de quimio (QT) e radioterapia (RDT), o que corrobora com o diagnóstico tardio. O principal exame para avaliação da suspeita é a endoscopia digestiva alta (EDA) com biópsia, sendo o diagnóstico apenas confirmado com estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico. Ao exame patológico, a peça mostra células em anel de sinete classificado como tipo difuso de Lauren, podendo ser confundido com neoplasia primária de estômago. A positividade do anticorpo monoclonal CK7 está presente na maioria dos casos de carcinoma de mama, o que sugere metástase. Já a presença de CK20 favorece o diagnóstico de tumor primário de estômago. Desta maneira, o padrão CK7+/CK20- é bastante sugestivo de neoplasia metastática de mama. O principal tratamento baseia-se em QT sistêmica, reservando a cirurgia para casos específicos, tendo como sua principal indicação o alívio de sintomas e melhora da qualidade de vida. Paciente feminina, 52 anos, com diagnóstico em 2017 de CLI de mama com metástase óssea, evoluindo em 2020 com espessamento parietal difuso do corpo do estômago em tomografias de controle. Paciente apresentava queixas há seis meses de saciedade precoce e vômitos após ingesta alimentar. Realizou EDA com diagnóstico anatomopatológico do material biopsiado de adenocarcinoma pouco diferenciado tipo difuso de Lauren, com células em anel de sinete. Perante achado de provável neoplasia gástrica primária optou-se pela realização de gastrectomia total com linfadenectomia D2. Anatomopatológico da peça confirmou neoplasia de alto grau, com células em anel de sinete, padrão infiltrativo. No entanto, a análise imuno-histoquímica mostrou padrão compatível com neoplasia gástrica metastática de CLI de mama: positivo para CK7 e receptores de estrogênio e negativo para CK20. As metástases de câncer de mama para o trato gastrointestinal são raras, ocorrendo com mais frequência em neoplasias lobulares. Os sintomas apresentados pelas pacientes são inespecíficos, sendo confundidos com reações adversas ao tratamento, o que pode causar atraso na investigação e diagnóstico. Sendo assim, recomenda-se a realização de EDA em pacientes com sintomas gastrointestinais. O estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico é fundamental para confirmação diagnóstica e diferenciação entre neoplasia primária ou metástases, recomendando-se a realização de comparação entre as duas peças, visto que é frequente na prática clínica a confusão entre metástase e lesão primária de estômago. A sobrevida geralmente é baixa e o tratamento baseia-se em QT sistêmica para controle dos sintomas, de forma paliativa.

Palavras-chave: neoplasia de mama; metástase gástrica; neoplasia gastrica

ID: 113877

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rebeca Freire Colombo / Colombo, R. F. / HECI; Tiago Cypriano Dutra / Dutra, C. T. / HECI; Ricardo Dardengo Gloria / Glória, R. D. / HECI; Júlia Fazoli de Carvalho / Carvalho, J. F. / HECI; álvaro Alexandre Torres Garioli / Garioli, A. A. T. / HECI; Vitor Souza Machado / Machado, S. M. / HECI;

Título: O USO DE STENT METÁLICO EM PACIENTE COM FÍSTULA DE ANASTOMOSE PÓS GASTRECTOMIA EM ONCOLOGIA: RELATO DE CASO

O câncer gástrico têm aumentado a cada ano e apresenta alta taxa de mortalidade devido ao fato dos pacientes procurarem ajuda médica apenas quando apresentam quadro avançado. Apresenta-se como um problema de saúde pública pois estão ligados a comportamentos frequentes, como dietas ricas em gorduras e uso abusivo de álcool e fumo. Busca-se realizar diagnóstico precoce e instituir terapêuticas visando a cura. Porém, muitos quadros insidiosos ocasionam atraso no diagnóstico, com pacientes sendo operados de urgência. Homem, com sintomas gástricos, internado em 09/2021 com quadro de perda ponderal importante. Realização de endoscopia digestiva alta (EDA), apresentando lesão antro-pilórica, infiltrativa, causando síndrome de estenose pilórica. Em outubro, o paciente é novamente internado com laudo de adenocarcinoma de antro e submetido a gastrectomia subtotal, reconstrução em Y de Roux com gastro-êntero anastomose e posicionamento de dreno. Paciente com piora clínica no 6º PO, com dor abdominal refratária, febre e taquicardia, submetido a TC de abdome com contraste oral com extravasamento adjacente à área de anastomose e necessidade de nova intervenção cirúrgica. Realizada confecção de nova anastomose entre jejuno e estômago e posicionamento de novo dreno. Nos dias que sucederam, o paciente manteve-se subfebril, tendo sido realizada TC com extravazamento de contraste próximo à nova anastomose. No 12º PO, o paciente foi submetido a totalização da gastrectomia e anastomose esofagojejunal. Após a abordagem, o paciente mantinha febre. A dieta oral foi instituída, mas o débito do dreno aumentou. Nova TC no 9° PO da terceira abordagem mostrou fistula em anastomose esofagojejunal, que foi tratada por EDA, através de fixação de stent em esôfago distal. Esta conduta foi devido a baixa performance do paciente para novas abordagens e estabilidade clínica mesmo em vigência da fístula. O paciente teve alta após 48 horas afebril. Realizou nova EDA com resultado de fechamento das fístulas. O cuidado perioperatório no câncer diminui a morbimortalidade e condutas menos invasivas, como colocação do stent metálico, corroboram. Um desafio no pós-operatório, também influenciado por fatores individuais e condições clínicas do paciente são as complicações, as fístulas digestivas são as complicações locais mais frequentes, com alta taxa de mortalidade até o 30º dia. Essas complicações são tratadas de forma cirúrgica, expectante ou até endoscópica, a depender da evolução clínica do paciente. O tratamento endoscópico visa guiar a reepitelização da mucosa esofágica com stent esofágico. Apesar de menos invasivas, existem ainda as complicações decorrentes do uso de stent, como a migração da prótese, sendo necessário reposicionamento. Por isso, lança-se mão de métodos de fixação externa, como a técnica de Shim. Já vem-se usando próteses metálicas em pacientes com fístulas malignas, mas o tratamento endoscópico de fístulas decorrentes de complicações cirúrgicas vêm crescendo.

Palavras-chave: Stent; Adenocarcinoma; Fístula

ID: 113588

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Jacques / Jacques, G. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Laura Nunes Rotta / Rotta, L. N. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Isadora Frois Ourique / Ourique, I. F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição;

Título: OBSTRUÇÃO E ISQUEMIA INTESTINAL POR HÉRNIA DE SPIEGEL ESTRANGULADA.

Introdução: Será relatado o caso de um paciente com abdome agudo obstrutivo e isquêmico por hérnia de Spiegel volumosa estrangulada. A hérnia de Spiegel é rara, representando apenas 0,1 a 2% das hérnias ventrais. Ocorre através da fáscia de Spiegel, entre a linha semilunar e a borda do músculo reto abdominal, em geral abaixo da linha arqueada. Pode se configurar como uma hérnia interparietal, sendo o diagnóstico desafiador. O caso relatado é relevante por demonstrar consequências da dificuldade do diagnóstico precoce, o qual poderia evitar complicações potencialmente fatais e cirurgias de urgência. Relato de Caso: P.R.C., 64 anos, branco, obeso, foi a emergência por dor abdominal difusa, vômitos e parada das evacuações há um dia. Notou abaulamento no abdome inferior há 6 meses. Ao exame físico, sinais vitais estáveis, abdome distendido com dor difusa à palpação e peritonismo, abaulamento volumoso em quadrante inferior direito. Hemograma infeccioso. Submetido a tomografia de abdome com contraste endovenoso, que demonstrou volumosa hérnia no quadrante inferior direito do abdome (hérnia de Spiegel), contendo segmento de delgado distendido e líquido livre, distensão das alças de delgado a montante da herniação e redução da perfusão dessas alças. Realizada laparotomia, verificado líquido livre sero-hemático, distensão difusa de delgado, íleo terminal e mesentério adjacente isquêmicos e contidos em hérnia de Spiegel estrangulada, defeito herniário medindo cerca de 3 cm. Feita enterectomia de 1,3 m de delgado isquêmico com grampeador linear cortante, com necessidade de secção distal do delgado muito próxima à válvula ileo-cecal, por isso optado por realizar anastomose enterocolônica entre delgado e cólon ascendente. Rafia do defeito herniário e colocação de tela de polipropileno pré-peritoneal, instalado dreno portovac sobre a tela. Fechamento do peritônio e aponeurose. No segundo dia pós-operatório recebeu dieta líquida com aceitação parcial e vômitos. No terceiro dia, teve melhor aceitação da dieta e evacuação, tolerando posterior progressão para dieta normal. Dreno portovac foi retirado no quinto dia pós-operatório. Recebeu alta no décimo dia pós-operatório. Discussão: Como no caso apresentado, o pico de incidência da hérnia de Spiegel ocorre entre 40 a 70 anos, e é mais comum à direita. O diagnóstico pré-operatório é considerado difícil, como neste caso em que o paciente apresentava sintomas há 6 meses e teve diagnóstico com uma complicação, o estrangulamento. Considerando variações na literatura, é descrito que 17 a 40% dos casos se apresentam com estrangulamento. Exames de imagem podem ser necessários para confirmação diagnóstica, sendo a tomografia o de maior sensibilidade e especificidade. Estudos apontam que o reparo videolaparoscópico reduz morbidade, tempo de internação hospitalar e recorrência. Neste caso, foi indicada laparotomia devido a magnitude das complicações e necessidade de enterectomia extensa, prevista antes da cirurgia.

Palavras-chave: Hérnia de Spiegel; Obstrução; Isquemia

ID: 113408

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marcella de Albuquerque Wanderley / WANDERLEY, M. A. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Elyjah Karlla Silva Quintela Abreu / ABREU, E. K. S. Q. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Antonio Lopes Muritiba Neto / NETO, A. L. M. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Aline Perciano Lopes Toledo / TOLEDO, A. P. L. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Leonardo Wanderley Soutinho / SOUTINHO, L. W. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Edmundo Guilherme de Almeida Gomes / GOMES, E. G. A. / SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIÓ; Jacob Rego de Miranda / MIRANDA, J. R. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Renato Rezende Rocha / ROCHA, R. R. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ;

Título: OBSTRUÇÃO INTESTINAL ASSOCIADA A PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE SEM CIRURGIA ABDOMINAL PRÉVIA: RELATO DE CASO

Introdução: A Peritonite Esclerosante Encapsulante (PEE), também conhecida como casulo abdominal, é uma doença rara associada a obstrução intestinal aguda ou crônica. É originada pela formação de uma membrana espessa que envolve o intestino delgado parcialmente ou em sua totalidade. O diagnóstico é tardio na maioria dos casos, mesmo com uso de exames de imagem. Frequentemente feito apenas no intraoperatório. O objetivo desse trabalho é relatar um caso raro de PEE no serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Misericórdia de Maceió. Relato de caso: Paciente masculino de 46 anos, sem comorbidades. Iniciou há 2 meses quadro com dor abdominal, náuseas e vômitos, evoluindo com constipação, perda de peso e palpação de massa abdominal, quando procurou serviço médico. Não havia história de febre ou doenças prévias. A palpação abdominal evidenciou massa em região de mesogástro. Toque retal normal. Os exames laboratoriais estavam dentro da normalidade. Realizou tomografia de abdome que sugeria presença de pâncreas anular e leve espessamento parietal de alças jejunais proximais. O paciente foi submetido a laparotomia exploradora que evidenciou uma membrana fibrosa envolvendo todo intestino delgado, aspecto de abdome congelado, com vários pontos obstrutivos no intestino. A excisão de toda membrana foi realizada de forma cuidadosa para evitar lesões. Ao fim todas as alças de intestino delgado ficaram viáveis. Todos os outros órgãos estavam normais. O paciente foi encaminhado a unidade de terapia intensiva extubado e estável. Foi realizada progressão da dieta e o paciente teve alta hospitalar no quinto dia após procedimento. A biópsia revelou processo inflamatório crônico inespecífico. Discussão: a peritonite esclerosante encapsulante é mais comum em mulheres e pode ser classificada como primaria ou secundária. A forma primária, como a mencionada nesse relato é idiopática. A forma secundária pode decorrer de diálise peritoneal, tuberculose, sarcoidose, doenças malignas e transplante de fígado. Os pacientes podem apresentar sintomas obstrutivos de forma aguda, subaguda ou crônica a depender da quantidade de intestino que está encapsulado. A PEE pode ser dividida em quatro fases: peritonite encapsulante pré-esclerosante, fase inflamatória, fase progressiva e fase fibrótica que foi a encontrada no paciente descrito nesse relato. Algumas formas do casulo abdominal podem evoluir para abdome agudo obstrutivo com estrangulamento de alças, perfuração intestinal e fístulas. A mortalidade associada à PEE varia entre 43,5% e 78% e depende destas complicações associadas, que requerem intervenção cirúrgica com alta mortalidade. O tratamento depende da fase do diagnóstico e a abordagem cirúrgica está indicada na maioria dos casos.

Palavras-chave: PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE; CASULO ABDOMINAL; OBSTRUÇÃO INTESTINAL

ID: 113482

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Nathalia Ribeiro Pinho de Sousa / Sousa, N.R.P. / Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); Kelen Lise Biazi / Biazi, K.L. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Taynara Meirelles / Meirelles, T. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Camila Vieira Viana / Viana, C.V. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Lucas Duda Schmitz / Schmitz, L.D. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Juarez Antonio Dal Vesco / Dalvesco, J.A. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Jorge Roberto Marcante Carlotto / Carlotto, J.R.M. / Universidade Federal da Fronteira Sul;

Título: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR HÉRNIA INTERNA COM TRANSFORMAÇÃO COLÔNICA DO INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

Introdução: A obstrução do intestino delgado pode ser definida como uma interrupção do trânsito decorrente de alteração funcional ou mecânica. Considerada uma emergência comum, é responsável por cerca de 20% dos procedimentos cirúrgicos de emergência para dor abdominal aguda. O quadro clássico é composto por dor e distensão abdominal de início abrupto, náuseas, vômitos e parada de flatos e evacuações. A manipulação cirúrgica prévia determina um dos principais fatores de risco para o abdome agudo obstrutivo, estando diretamente relacionada à formação de bridas e hérnias internas. Considerando a relevância dessa temática assim como o impacto do manejo precoce e assertivo no prognóstico desses pacientes, objetivou-se relatar caso de obstrução intestinal com isquemia mesentérica ocasionada por hérnia interna com importante dilatação do intestino delgado. Relato de caso: Mulher, 37 anos, histórico de colectomia total com ileostomia terminal por megacólon há 4 anos. Quadro clínico de dor e distensão abdominal significativa, além de ausência de flatos e evacuações há 3 dias. TC de abdome com sinal do redemoinho, dilatação importante de alças de intestino delgado a montante, configurando obstrução total. Paciente submetida à laparotomia exploradora, sendo identificado defeito mesentérico com formação de hérnia interna, ocasionando estrangulamento e isquemia intestinal. Realizada ressecção de intestino delgado isquêmico, com manutenção de aproximadamente 130 cm de alça viável e confecção de ileostomia terminal. Paciente apresentou boa evolução recebendo alta no 26 dia de pós-operatório. Segue em acompanhamento para manejo clínico de síndrome do intestino curto. Discussão: Hérnias figuram como a terceira principal causa de obstrução intestinal, sendo seu encarceramento o principal fator relacionado a complicações como isquemia, necrose e perfuração intestinal. Hérnias internas podem causar até 6% das obstruções intestinais, sendo decorrentes de defeitos congênitos ou adquiridos do mesentério, formados principalmente por aberturas mesentéricas criadas durante cirurgias como derivações em Y de Roux ou confecção de ileostomias. Pelo significativo risco de complicações, a obstrução intestinal por hérnia interna constitui uma emergência cirúrgica, sendo necessária exploração abdominal imediata na suspeita de comprometimento intestinal. Postergar essa intervenção associa-se à maior morbimortalidade e tempo de internação hospitalar estendido. O intestino delgado tem capacidade de grande distensão volumétrica, sem que ocorra a perfuração visceral. Conclusão: Do caso relatado destaca-se a importância da adequada correção de possíveis defeitos mesentéricos em cirurgias colorretais, visando prevenir formação de hérnias internas. Adicionalmente, em casos de obstrução intestinal com sinais de isquemia por hérnia interna, o manejo cirúrgico precoce constitui o principal fator de bom prognóstico.

Palavras-chave: hérnia interna; obstrução intestinal ; intestino delgado

ID: 112996

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Mateus Cavalcanti Souza Braz / Braz, M. C. / HEVA Hospital Esradual Vila Alpina; Leticia Antunes de Oliveira / Oliveira, L. A. / HEVA hospital estadual vila alpina; Fábio Nassar / Nassar, F. / HEVA hospital estadual vila alpina; Fernanda Lima Rocha / Rocha, F.L. / UNIPÊ; Natalia Turco / Turco, N. / HEVA hospital estadual vila alpina; Mario Luiz Quintas / Quintas, M.L. / HEVA hospital estadual vila alpina; Eduardo Henrique Rodrigues / Rodrigues, E.H. / HEVA hospital estadual vila alpina; Bruna Bertechine Gonzalez Mayeda / Mayeda, B.B. / HEVA hospital estadual vila alpina;

Título: PACIENTE JOVEM COM ABDOME AGUDO PERFURATIVO EM DIVERTICULO DE MECKEL:

INTRODUÇÃO: O Divertículo de Meckel (DM), divertículo verdadeiro originado na falha de obliteração e absorção do ducto onfalomesentérico no primeiro trimestre da vida fetal, é a anomalia gastrintestinal congênita mais comum, com prevalência de 2% na população geral. Somente 4% dos portadores apresentarão sintomas relacionados ao divertículo durante a vida e sua apresentação clínica está geralmente condicionada às complicações, sendo a hemorragia digestiva mais comum na faixa etária pediátrica e os fenômenos obstrutivos, inflamatórios, neoplásicos e perfurativos, mais comuns em adultos jovens. O DM localiza-se na borda antimesentérica do íleo entre 40 e 100 cm da válvula ileocecal, adotando topografia variável na cavidade abdominopélvica e manifestando-se a depender da complicação associada, sendo, portanto, um desafio devido a sua ampla gama de apresentações. Este trabalho descreve o caso de uma paciente de 18 anos com síndrome de abdome agudo, internada com a hipótese de apendicite aguda, entretanto, com diagnóstico intraoperatório de perfuração do DM RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 18 anos, com quadro de dor abdominal em topografia de epigástrio há 4 dias, do tipo cólica, de intensidade progressiva com posterior migração para a fossa ilíaca direita há 1 dia, associada a náuseas e vômitos alimentares e biliares. Paciente não tinha comorbidades ou cirurgias prévias. Ao exame físico, encontrava-se em estado geral regular, fácies de dor e posição antálgica, hidratada, normocorada, consciente e orientada. Apresentava-se eupneica em ar ambiente, pressão arterial de 110x70 mmHg, frequência cardíaca de 104 bpm, SaO2 de 98%. Abdome plano, depressível, flácido, doloroso em fossa ilíaca direita, Blumberg +. Foi submetida à exames laboratoriais que evidenciaram leucocitose de 14.850, sem desvio, Beta hCG negativo e PCR 0.8. Realizou-se tomografia computadorizada de abdome com contraste que evidenciou líquido livre na cavidade abdominopélvica e aparente estrutura tubular em fundo cego, parcialmente individualizada, de paredes espessadas, localizada na fossa ilíaca direita, associada a densificação dos planos adiposos adjacentes. Conduzida à cirurgia no dia da admissão por hipótese de apendicite aguda com realização de incisão de McBurney que evidenciou líquido entérico na cavidade e apêndice normal. Procedido laparotomia exploradora mediana com identificação de perfuração em divertículo de Meckel. Realizada enterectomia segmentar com anastomose término-terminal. Após 4 dias do procedimento cirúrgico, a paciente recebeu alta sem maiores intercorrências. O anatomopatológico evidenciou heterotopia gástrica em DM. DISCUSSÃO: A anomalia gastrintestinal congênita mais comum, quando sintomática, se apresenta entre os abdomes agudos cirúrgicos. Divulgar esse diagnóstico diferencial e suas particularidades é fundamental para aumentar a suspeição em apresentações clínicas atípicas e etiologias indefinidas, levando o cirurgião à melhor conduta.

Palavras-chave: DIVERTICULO DE MECKEL; ABDOME AGUDO PERFURATIVO; DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ID: 113284

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Isadora Frois Ourique / Ourique, I. F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Gabriela Jacques / Jacques, G. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Laura Nunes Rotta / Rotta, L. N. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Hamilton Cardoso Hilgert / Hilgert, H. C. / Hospital Nossa Senhora da Conceição;

Título: RELATO DE CASO: ABDOME AGUDO CAUSADO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFURADO POR ESPINHA DE PEIXE.

Introdução: Neste trabalho será relatado o caso de um paciente com perfuração de divertículo de Meckel por corpo estranho (espinho de peixe). O caso merece destaque por envolver uma complicação rara associada à malformação congênita mais comum do trato digestivo, o divertículo de Meckel, o qual resulta do fechamento incompleto do conduto onfalomesentérico. Além disso, o quadro clínico inicial simulou uma das patologias mais frequentes no meio cirúrgico, a apendicite aguda. Relato de caso: M.V.M, masculino, pardo, 42 anos, tabagista, foi à emergência por dor abdominal difusa e após localizada em fossa ilíaca direita, em evolução por 4 horas. Ao exame físico, sinais vitais estáveis, afebril, abdome doloroso à palpação em fossa ilíaca direita sem peritonismo. Submetido a exames laboratoriais e tomografia de abdome com contraste endovenoso. Hemograma sem leucocitose. Tomografia evidenciou áreas lineares hiperdensas em alças intestinais (imagem sugestiva de espinhas de peixe), uma delas transfixada em alça de delgado no flanco direito, provável perfuração bloqueada, e ausência de pneumoperitônio. Paciente foi questionado e confirmou ingestão de peixe. Indicada laparotomia exploradora. No transoperatório, identificado divertículo a cerca de 60 cm da válvula ileocecal, compatível com divertículo de Meckel transfixado por espinha de peixe, reação inflamatória local discreta, sem contaminação difusa da cavidade. Feita a ressecção do divertículo com grampeador linear cortante, sem enterectomia, e sobressutura de alça ileal. Cirurgia sem intercorrências. Paciente recebeu alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório sem dor abdominal, com boa aceitação da dieta via oral e eliminações fisiológicas preservadas. Discussão: O Divertículo de Meckel ocorre em cerca de 2% da população e, diferente do caso apresentado, na maioria dos indivíduos é assintomático, ocorrendo risco de complicações em 4 a 6% dos casos, sendo a perfuração por corpo estranho rara. Um estudo analisou casos de perfuração de trato gastrointestinal causadas por corpo estranho entre os anos de 1990 e 2005, a perfuração do divertículo de Meckel foi encontrada em apenas 1,6% dos casos. As complicações mais frequentes no adulto são inflamação, obstrução e intussuscepção, na criança é mais frequente a hemorragia. O diagnóstico é difícil pois a clínica é inespecífica, e assim como neste caso, o quadro inicial pode ser sugestivo de apendicite aguda. Sendo assim, as complicações do divertículo de Meckel devem ser consideradas no diagnóstico diferencial da dor abdominal no quadrante inferior direito. O tratamento padrão para as complicações do divertículo de Meckel é a cirurgia. Conforme os achados intraoperatórios, pode ser optado pela diverticulectomia ou enterectomia segmentar. No caso relatado, como não havia comprometimento da alça intestinal adjacente nem contaminação difusa da cavidade, foi realizada somente diverticulectomia. O paciente teve boa evolução pós-operatória.

Palavras-chave: Divertículo de Meckel; Perfuração; Abdome agudo

ID: 113764

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Fernando Aparecido Pazini / PAZINI, F.A. / SANTA CASA DE SÃO CARLOS; Ana Carolina Betto Castro / Castro, A.C.B. / Centro Universitário de Adamantina; Helena Varago Assis / ASSIS, H.V. / Centro Universitário de Adamantina; Edilson Seraphim Abrantes / ABRANTES, E.S. / SANTA CASA DE SÃO CARLOS; Marcel Arouca Domeniconi / DOMENICONI, M.A. / SANTA CASA DE SÃO CARLOS; Rafael Luis Luporini / LUPORINI, R.L. / SANTA CASA DE SÃO CARLOS; Winy Sanches Ogura / OGURA, W.S. / SANTA CASA DE SÃO CARLOS;

Título: RELATO DE CASO: ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR CÁLCULO BILIAR OBSTRUINDO O JEJUNO.

INTRODUÇÃO-Descrita no ano de 1654 por Thomas Bartholin, o íleo biliar (IB) é uma obstrução intestinal mecânica em decorrência da impactação de cálculos biliares no trato gastrointestinal,1,2, Ocorre por necrose por pressão crônica de grandes cálculos em uma vesícula biliar inflamada, formando uma fístula colecistoentérica, que pode causar obstrução intestinall.O local da impactação pode estar em qualquer regiao trato gastro intestinal, a obstrução intestinal mais comum é o íleo terminal e a válvula ileocecal, porém o cálculo biliar pode estar impactado no íleo proximal ou no jejuno.1, 2, O diagnóstico geralmente é feito de três a oito dias após os sintomas, Apesar da baixa sensibilidade para diagnóstico, pode estar presente a Tríade de Rigler, são achados de raio-x; dilatação de alças de delgado com nível hidroaéreo, litíase biliar ectópica e pneumobilia. 2, RELATO DE CASO-M.A.S.C., 70 anos, feminino. Deu entrada na Santa Casa de São Carlos,referindo dor de forte intensidade em região de hipocôndrio direito e fossa ilíaca direita , há 1 dia, com piora há 3 horas da admissão, associada a sudorese, náuseas e vômitos. na tomografia de abdome havia parede espessa em loja vesicular, medindo 6,5x4,0cm, com líquido e gás em seu interior, associada a aerobilia e moderada distensão líquida de alças de delgado com níveis aéreos e presença de cálculo em luz de transição jejuno-ileal. Foi indicado laparotomia exploradora. Foi evidenciado distensão de alças de delgado após o cálculo biliar, localizado cerca de 60cm do ângulo de Treitz. Foi realizado enterolitotomia e ressecamento de pólipo a 30cm do ângulo que veio como leiomioma o resultado do anatomopatológico, também havia presença de fístula em duodeno que foi suturada, não foi identificada a vesícula biliar. Paciente evoluiu com fístula entérica, sendo alimentada por sonda nasoenterica. Após 11 dias de pós-operatório recebeu alta com dreno e alimentação por sonda enteral, e retornou em 14 dias para reavaliação. onde constatou-se a melhora do fistula, foi reintroduzida dieta via oral, retirada sonda entérica e dreno. paciente segue em acompanhamento em regime ambulatorial. DISCUSSÃO- A epidemiologia concordante que destaca maior incidência, em mulheres, maiores de 60 anos e com cálculos maiores que dois centímetros, sem outros fatores epidemiológicos.1,2,3Também podemos concordar com a inespecificidade dos sinais e sintomas mais predominantes apresentados, que cursa com vômitos, náuseas, dor abdominal edistensão abdominal, que devem servir de base para a suspeita clínica. 1, 6, Por outro lado, discordando com a localização mais frequente, o cálculo encontrado apresentava-se no jejuno e com as dimensões fora dos padrões da literatura,1, 2, Com relação ao manejo, foi optado pela enterolitotomia seguida de ressecamento de pólipo e correção da fístula em tempo único, abordagem preconizada em pacientes idosos, com comorbidades devido ao tempo de operação mais curto 1, 2,

Palavras-chave: jejuno; biliar; calculo

ID: 112715

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ygor Rocha Fernandes / FERNANDES, Y. R. / FAMERP; Guilherme Costa Wahbe / WAHBE. G.C. / FAMERP; Ana Clara Maia Palhano / PALHANO, A. C. M. / UNISA; Amadeu Fernandes Filho / FERNANDES. A, F. / FAMERP;

Título: RELATO DE CASO: SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER

A síndrome de Rendu-Osler-Weber é uma síndrome autossômica dominante rara caracterizada por telangiectasias e malformações arteriovenosas podendo acometer diversos órgãos. Mais comumente ocorrem sintomas como epistaxe, alterações cutâneas, hemorragia digestiva e em casos mais graves, alterações do sistema nervoso central podendo levar a óbito. Esse artigo objetiva relatar um caso da síndrome com desfecho desfavorável, e pretende levantar tal diagnóstico como possível causa de anemia, epistaxe e sangramento digestivo obscuro, sendo importante atentar-se para tal a fim de promover um precoce tratamento e manejo dos sintomas. Paciente, 62 anos, masculino, apresentando hipertensão arterial, diabetes mellitus e coronariopatia prévias. Foi recebido em serviço de emergência apresentando quadro de anemia crônica com necessidade frequente de transfusões, epistaxe e hemorragia digestiva. Paciente relata que apresentou início dos sintomas há 12 anos após episódio de IAM. Em investigação, negou acometimento familiar, e foi evidenciado em broncoscopia presença de malhas hipervascularizadas em mucosa de cavidade oral até árvore brônquica e endoscopia digestiva alta com ectasias vasculares em esôfago, estômago, duodeno e intestino delgado. Paciente foi submetido a eletrocoagulação com plasma de argônio terapêutico como tentativa de estabilidade hemodinâmica e aventada a hipótese diagnóstica de telangiectasia hemorrágica hereditária. Durante a investigação foi evidenciado em ecocardiograma presença de disfunção diastólica do VE e hipertensão pulmonar, além de tomografia de crânio com áreas de microangiopatias. Apresentava também anemia microcítica e hipocrômica e não foram observadas alterações de função hepática ou renal. Apesar do tratamento proposto, evoluiu com desfecho desfavorável após 5 anos da admissão em serviço falecendo devido sepse de provável foco abdominal. A síndrome de Rendu-Osler-Weber é caracterizada por aparecimento de malformações arteriovenosas e telangiectasias. A fisiopatologia ainda não é bem esclarecida, envolvendo hipóteses como dilatação focal de vênulas ocasionando dilatação retrógrada do sistema arteriovenoso, com formação de malformações arteriovenosas. O diagnóstico é clínico e sua importância se deve primariamente para manejo clínico, orientação genética e prevenção de complicações. A tríade de epistaxe, telangiectasia e história familiar não é apresentada em todos os pacientes, sendo seu diagnóstico nem sempre evidente. O tratamento deve ser abordado por equipe multidisciplinar com foco na prevenção de complicações. Considerar a patologia nos quadros mesmo sem manifestação clínica clássica e antecedentes familiares é importante para a precoce implementação de tratamento e manejo dos sintomas e melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Rendu-Osler-Weber; Telangiectasia hemorrágica hereditária; Hemorragia digestiva

ID: 113873

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Renata Alvares Brandão / Brandao, R.A. / Hospital Beneficência Portuguesa de Santos; Daniel Fortes / Fortes, D. / Hospital Beneficência Portuguesa de Santos; Amer Abdul / Abdul, A. / Hospital Beneficência Portuguesa de Santos; Giovanna Marcela Vieira Della Negra / Negra, G.M.V.D. / Hospital Beneficência Portuguesa de Santos; Hudson Lobato Silva / Silva, H.L.S / Hospital Beneficência Portuguesa de Santos;

Título: RELATO DE CASO: VOLVO GÁSTRICO MESENTEROAXIAL COMPLICADO

Introdução: O Volvo gástrico, pioneiramente descrito em 1866, consiste na rotação anormal do estômago pelo seu próprio eixo e sua forma aguda, apesar de rara, é causa importante de abdome agudo visto a expressiva letalidade. Acomete classicamente indivíduos acima de 50 anos, sem preferência por sexo ou raça. A forma primaria é decorrente de anormalidades dos ligamentos gástricos e a forma secundaria, responsável por dois terços dos casos, decorre de anormalidades anatômicas fora da região gástrica. Quanto ao eixo de rotação é subdivido em três categorias: a mais frequente é a organoaxial, caracterizada pela rotação anormal do estomago pelo seu maior eixo entre a linha que conecta a junção gastresofágica com o piloro. Na forma mesenteroaxial ocorre rotação do estomago pelo seu menor eixo e por fim a forma mista, que combina as duas formas citadas. A apresentação clínica varia conforme classificação e quanto ao grau de obstrução e apesar de inespecífica, em cerca de 70% dos casos os pacientes apresentam a clássica Tríade de Borchardt: dor epigástrica, vômitos incoercíveis e falha na passagem de sonda digestiva. Relato de Caso: TAS, feminino, 83 anos, portadora de HAS, admitida em pronto atendimento referindo náuseas, vômitos, astenia e leve desconforto em epigástrio há 3 dias, sem alterações de hábitos excretórios. Paciente sem antecedentes cirúrgicos ou doenças do TGI. Ao exame dados vitais estáveis exceto por uma discreta taquicardia e desidratação. Abdome distendido, doloroso à palpação em epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal ou defesa, sem massas palpáveis ou visceromegalias. Demais sistemas sem alterações dignas de nota. Os Exames laboratoriais admissionais e eletrocardiograma eram normais. O Raio-x de abdome com sinais indiretos e sugestivos de obstrução abdominal alta (ausência de gás e resíduos fecais em alças) . Foi então introduzido SNG calibrosa sem resistência à passagem e com débito significativo de conteúdo gástrico. Solicitado tomografia de abdome que evidenciou volvo gástrico mesenteroaxial, com sinais de efeito suboclusivo mecânico, associado a hérnia gástrica pelo hiato esofágico. Procedeu-se a laparotomia exploradora de urgência, onde foi evidenciado hérnia hiatal e câmara gástrica com intensa dilatação e rotação em seu eixo, associada a sinais de sofrimento. Optado por secção de tecido inviável e gastrectomia a Billroth II, sem demais intercorrências. Paciente apresentou boa evolução em pós operatório e teve alta em sete dias após estabilização clínica e reintrodução de dieta. Conclusão: Visto a gravidade das complicações ligadas ao volvo gástrico agudo, é imperativo o reconhecimento precoce dessa entidade para abordagem cirúrgica emergencial e consequente otimização do prognostico. Para isso abre-se mão não só da anamnese e exames físicos minuciosos, mas de exames de imagem, como a tomografia computadorizada de abdome que, como no caso descrito, pode ser o ponto crucial para guiar o diagnóstico e condutas.

Palavras-chave: volvo gastrico; abdome agudo obstrutivo; cirurgia emergencial

ID: 113378

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Eliane Berton / Berton, E. B. / Famerp - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Laura Ignácio Cunha / CUNHA, L.I. / Famerp - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Leticia da Silva Costa / COSTA, L. S. / Famerp - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Vinicius Costa Lopes / LOPES, V. C. / Famerp - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Andressa Hellen Nora da Silva / SLVA, A. H. N. / Famerp - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Juanita Justina Ferreira da Silva / SILVA, J.J. F. / Famerp - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Rogério Yukio Morioka / MORIOKA, R. Y. / Famerp - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Paulo César Espada / Dr ESPADA, P. C. / Famerp - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto;

Título: SITUS INVERSUS ASSOCIADO A DIVERTÍCULO DE DELGADO PERFURADO - RELATO DE CASO

Introdução: O Situs Inversus (SI) é uma anomalia congênita rara que acomete de 1:10.000 a 1:20.000 pessoas e é caracterizada pela imagem espelhada das vísceras abdominais e torácicas. SI Incompletus (SII) trata-se de uma heterotaxia abdominal associada com levocardia, condição muito mais rara e representa 1 em 2.000.000 da população geral. O divertículo de intestino delgado é uma condição rara, com a maioria dos pacientes assintomáticos. Neste relato, apresentamos uma paciente com SII com quadro de abdome agudo por divertículo jejunal perfurado, atendida em nosso serviço. Relato do caso: Paciente de 78 anos, feminina, admitida em nosso serviço com quadro de dor abdominal difusa há 3 dias, associada à distensão abdominal, vômitos, diarreia e hiporexia. Apresentava desidratação, taquicardia, hipotensão e dor abdominal difusa à palpação, sem peritonite. Iniciadas medidas para sepse com expansão volêmica e antibioticoterapia. Realizado tomografia de abdome com achado de SII, presença de líquido livre em cavidade e pneumoperitônio, com possível ponto de perfuração em jejuno. Indicado laparotomia exploradora. Em intra operatório, constatou-se SI associado a ausência de ângulo de Treitz, moderada quantidade de líquido purulento em cavidade, distensão difusa de delgado e divertículo perfurado em jejuno proximal. Optado pela realização de enterectomia de 15 cm de delgado, englobando divertículo perfurado com enteroanastomose término-terminal em 2 planos. Paciente encaminhada a leito de UTI mantendo estabilidade hemodinâmica. Em 3º dia de pós-operatório, iniciado dieta enteral com boa aceitação. Apresentou febre, piora de parâmetros infecciosos e cultura de líquido abdominal com crescimento fúngico, sendo escalonado antibioticoterapia. No 6º dia de pós-operatório, paciente apresentou aumento dos níveis pressóricos, edema agudo de pulmão e crise convulsiva, com melhora após medidas clínicas. Paciente evoluiu bem clinicamente, com melhora de parâmetros infecciosos e sem novos episódios de crise hipertensiva crise convulsiva. Recebeu alta da UTI em 11º dia de pós-operatório e alta hospitalar 20 dias após cirurgia. Discussão: SI totalis é uma condição congênita rara e geralmente assintomática, com provável etiologia relacionada à alterações nos fatores que determinam a rotação intestinal durante a embriogênese. A doença diverticular jejuno-ileal é mais comum durante a 6° e 7° décadas de vida. Formados apenas pela mucosa e submucosa, os divertículos de jejuno são pseudodivertículos. Podem se relacionar com sintomas de plenitude pós prandial e dor abdominal, e complicar com inflamação, sangramento ou perfuração. A associação de divertículo de delgado e SI é extremamente rara e geralmente a indicação cirúrgica se faz por complicações da diverticulose. Quando o tratamento cirúrgico é indicado a melhor opção é a enterectomia do segmento afetado. Diagnóstico tardio, idade avançada e comorbidades do paciente também influenciam em pior desfecho.

Palavras-chave: situs inversus; abdome agudo perfurativo; divertículo de jejuno

ID: 113176

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Isabela Roskamp Sunye / Sunye, I. R, / Hospital Israelita Albert Einstein; Elis Nogara Lisboa / Lisboa, E. N. / Hospital Israelita Albert Einstein; Rafael Benjamin Rosa da Silva / Silva, R. B. R. / Hospital Israelita Albert Einstein; Rodrigo Macacari / Macacari, R. / Hospital Israelita Albert Einstein; Vinicius Lacerda Ribeiro / Ribeiro, V. L. / Hospital Israelita Albert Einstein; Edno Tales Bianchi / Bianchi, E. T. / Hospital Israelita Albert Einstein; Henrique Dametto Giroud Joaquim / Joaquim, H. D. G. / Hospital Israelita Albert Einstein; Igor Lepski Calil / Calil, I. L. / Hospital Israelita Albert Einstein;

Título: SÍNDROME DO INTESTINO CURTO SECUNÁRIA A COMPLICAÇÃO DE TUBERCULOSE INTESTINAL RELATO DE CASO

Introdução: A tuberculose contabilizou cerca de 69 mil casos e 4,5 mil mortes no Brasil em 2020. A apresentação intestinal é rara, acometendo mais frequentemente homens jovens, com sintomatologia vaga e inespecífica. Assim, o diagnóstico é frequentemente feito nas complicações como perfuração, hemorragia ou obstrução. O tratamento envolve o manejo tanto das complicações cirúrgicas como a quimioterapia específica para tuberculose. Relato do Caso: Apresentamos o caso de paciente masculino, EN, 34 anos, previamente hígido, em investigação ambulatorial pela equipe de hematologia por quadro de síndrome consumptiva, com relato de dispnéia e perda de 20kg em 4 meses. Apresentou abdome agudo perfurativo, com abordagem cirúrgica imediata. Na laparotomia, foram visualizadas alças intestinais congeladas, com múltiplas perfurações em delgado e inúmeros granulomas. Os achados anatomopatológicos foram compatíveis com doença granulomatosa e, juntamente com biópsias pulmonares e teste PCR, foi fechado o diagnóstico de tuberculose intestinal, peritoneal e pleural. Todos os testes para imunodeficiências primárias e adquiridas resultaram negativos. Paciente evoluiu com internação prolongada e múltiplas abordagens abdominais para controle de fístulas entericas e de peritonite. Ainda, manteve quadro de desnutrição proteico-calórica severa e impossibilidade de utilização do trato digestivo, comprovando falência intestinal. Finalmente, foi optado por enterectomia maciça e colectomia subtotal para controle de fístulas, preservando aproximadamente 120 cm de jejuno até a jejunostomia e 25 cm de cólon sigmóide e reto. Iniciado protocolo de Reabilitação Intestinal, com progressão de dieta oral e Nutrição Parenteral Total (NPT), associado a reabilitação motora e tratamento da tuberculose. Após 10 meses de reabilitação, paciente apresentava controle infeccioso, boa recuperação clínica, ganho de 20kg (IMC 11 para 19). Optado por reconstrução do trânsito com anastomose jejunorretal sem complicações, mantido controle farmacológico de diarréia e desmame progressivo de NPT. Discussão: A tuberculose intestinal é entidade pouco lembrada na prática clínica, com sintomas inespecíficos e diagnóstico frequente em grau avançado de doença. Diversas metanálises propõe algorítmos para o diagnóstico diferencial com Doença de Crohn e outras ileites terminais. A síndrome do intestino curto é desfecho catastrófico porém frequente pelo acometimento difuso da doença e apresentação em quadro de urgencia, como o caso apresentado. O manejo multiprofissional para controle da infecção tuberculosa e do aspecto nutricional é determinante para evolução do paciente, não raro evoluindo com necessidade de nutrição parenteral prolongada e, quando das complicações desta, até transplante intestinal

Palavras-chave: enterectomia; tuberculose; intestino curto

ID: 113771

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Paulo Roberto Corsi / Corsi, P. R. / Disciplina de Técnica Cirúrgica Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Carlos Roberto Puglia / Puglia, C. R. / Departamento de Cirurgia Hospital Samaritano de São Paulo; Bruno Derwood Mills Costa Carvalho / Carvalho, B. D. M. C. / Departamento de Cirurgia Hospital Samaritano de São Paulo; Paulo Kassab / Kassab, P. / Departamento de Cirurgia Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Luis Eduardo Braz de Moraes Alves / Alves, L. E. B. M. / Universidade Anhembi Morumbi;

Título: TÉCNICA DE JOÃO FAVA POR VIA ROBÓTICA PARA CORREÇÃO DE VOLVO GÁSTRICO

O volvo Gástrico (VG) é uma entidade rara. É definido pela rotação, maior que 180o, do estômago sobre o próprio eixo. O quadro clínico agudo geralmente se apresenta com a clássica tríade de Borchardt, representada por dor epigástrica intensa, náuseas sem vômitos e incapacidade de progressão da sonda nasogástrica. O quadro crônico apresenta sinais e sintomas inespecíficos, como desconforto ou plenitude epigástrica, azia, disfagia e distensão. É um quadro de difícil diagnóstico, mas que necessita de reconhecimento rápido, para evitar complicações agudas potencialmente fatais, chegando a uma mortalidade de 30 a 50%. O diagnóstico geralmente é feito por exames de imagem, sendo o estudo contrastado do esôfago-estômago-duodeno (EED) ou tomografia computadorizada (TC) os melhores exames. A laparoscopia é o tratamento de escolha para o VG, sendo a cirurgia robótica uma opção. Perante o exposto, relatamos um caso de volvo gástrico crônico, em que o reparo foi realizado por cirurgia robótica. Trata-se de paciente de 62 anos, do gênero masculino, que há 4 meses apresentava plenitude, má digestão, eructações e sensação de peso no epigástrio associados a discreto emagrecimento. Tinha como antecedente cirúrgico uma colecistectomia videolaparoscópica e ressecção transuretral de próstata por hiperplasia há 10 meses. O exame físico e os exames laboratoriais não revelavam alterações. O diagnóstico foi realizado através do EED, que demonstrou um volvo gástrico organoaxial. Indicou-se a correção através da cirurgia robótica, tendo sido empregada a técnica descrita pelo Professor João Fava na Santa Casa de São Paulo, mas neste momento, pela primeira vez, por via robótica. A técnica consiste na sutura da parede posterior do estômago, junto à grande curvatura, na raiz do mesocólon transverso, seguida da sutura da parede anterior do estômago, também junto a grande curvatura, na parede do cólon transverso e, finalmente a fixação das porções mais craniais da grande curvatura à parede abdominal. O resultado foi satisfatório com o paciente apresentando-se assintomático. A tratamento definitivo para a correção do VG é a cirurgia aberta ou laparoscópica. Os princípios cirúrgicos básicos são, redução do volvo, excisão do saco herniário, quando houver hérnia hiatal, reaproximação dos pilares diafragmáticos e fixação do estômago. A fixação, pode ser realizada por fundoplicatura, gastropexia, ou ambas as técnicas. A técnica de João Fava por via robótica, nos permitiu as suturas da parede anterior e posterior do estômago, junto à grande curvatura, ao mesocólon e cólon transverso, respectivamente, mas destacamos principalmente a facilidade para a fixação à parede anterior do abdome, face à articulação das pinças robóticas. A técnica descrita por Fava em cirurgias abertas, adaptada à cirurgia robótica foi eficaz no tratamento do volvo gástrico.

Palavras-chave: Volvo ; Estômago ; Cirurgia

ID: 113848

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Vitoria Hibary Nati / Nati, V. H. / Hospital de Clínicas UFPR; Mariana Zacharias Bonfim / Bonfim, M. Z. / Hospital de Clinicas UFPR; Thiago Lourenço Albuquerque / Albuquerque, T. L. / Hospital de Clinicas UFPR;

Título: TUMOR DESMOIDE DE RETROPERITONIO COM INVASÃO DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O Tumor Desmoide (TD) é uma proliferação monoclonal fibroblástica, não metastatizante, localmente agressiva e geralmente multifocal. Apesar de não causar metástase, possui alta capacidade de recorrência local. Tem baixa incidência, com 2-4 novos diagnósticos a cada milhão de indivíduos, é responsável por menos de 3% dos tumores de tecidos moles e é mais frequente em jovens adultos, principalmente mulheres em idade fertil. Apresenta-se assintomático ou com mínima dor, quando intra-abdominais podem levar a saciedade precoce, obstrução ou isquemia intestinal. Há duas categorias de TD: esporádico, representando 85-90%, e o associado a polipose adenomatosa familiar (PAF), com 10-15% dos pacientes com TD. Acometem qualquer parte do corpo, mais comum na região extra-abdominal (ombros e extremidades), mas em pacientes com PAF é principalmente intra-abdominal. Exames como tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RNM) podem auxiliar o diagnostico ao demonstrar as relações anatômicas do tumor, mas não há características que distinguem o TD de outros malignos de tecidos moles. O diagnóstico definitivo é dado por histologia. Neste contexto, objetivou-se relatar o presente caso. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 59, com massa em região para aórtica à esclarecer visto em USG de abdome solicitado pela Ginecologia e Obstetrícia e não havia queixa de quaisquer sintomas. Solicitado RNM de abdome e pelve, cujo laudo mostrava massa em região de hemiabdome esquerdo, com 10,6x11,7x7,3 cm, sugestiva de TD, Optado por biopsia percutânea guiada por USG, com resultado anatomopatológico (AP) de neoplasia fusocelular. Após estes resultados, realizado cirurgia em que observou-se invasão de jejuno proximal, em contato com primeiro ramo da artéria mesentérica superior. Realizada ressecção com grampeador linear logo após ângulo de Treitz e 10cm após a lesão, reconstruindo trânsito com duodeno jejuno anastomose termino terminal manual e confeccionada jejunostomia. AP da peça demonstrou neoplasia fusocelular bem diferenciada, com <1/10 mitoses/campo, linfonodos livres, sem necrose, e fragmentos de intestino delgado (ID) preservados. Em seguimento ambulatorial paciente manteve-se assintomática, em TC de controle não foram evidenciadas recidiva ou novas lesões. DISCUSSÃO: Paciente assintomática e sem PAF apresentando TD retroperitoneal invadindo ID ressecado cirurgicamente com margens livres e sem recidiva em pós-operatório. Apesar de geralmente assintomáticos quando extra-abdominais, os TD intra-abdominais são comumente sintomáticos, destoante do caso apresentado, considerando-se as grandes proporções do tumor e a presença de invasão intestinal. Considerando-se que os TD têm alto risco de recidiva, este caso demonstrou que a paciente manteve-se sem novas lesões em acompanhamento ambulatorial, apresentando novamente mais uma característica destoante.

Palavras-chave: Tumor desmoide; intestino delgado

ID: 113593

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ricardo Budtinger Filho / FILHO, R. B. / UFMT; Rafael Sodre de Aragão Vasconcellos Pereira / SODRE, R. / HUJM-EBSERH/UFMT; Antônio Massayuki Wakasugui Sobrinho / WAKASUGUI SOBRNHO, A. M. / UFMT; Bruna Luiza Ribeiro Souto / SOUTO, B. L. R. / UFMT; Thainara Missassi Heller / Heller, T. M. / UFMT; Eduarda Ambrosi / AMBROSI E / UFMT; Karina Aragão Ferraz / FERRAZ KA / UFMT; Leonardo Cesar Suita Fornari / FORNARI LCS / UFMT;

Título: TUMOR DESMOIDE MESENTÉRICO ADERIDO A ALÇAS INTESTINAIS EM PACIENTE COM POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO O tumor desmoide (TD) origina-se da multiplicação anormal de miofibroblastos. É raro, sem caráter de malignidade ou metástase, apresentando evolução imprevisível. Pacientes com polipose adenomatosa familiar (PAF) tem 850 vezes mais chance apresentar TD em relação à população em geral, sendo mais prevalente em cavidade abdominal. Apesar de não ter comportamento maligno, o TD intra-abdominal é localmente agressivo, aderindo aos órgãos subjacentes e causando áreas de necrose e dor crônica aos pacientes. Este trabalho objetiva relatar a evolução de um caso de TD associado a PAF e discutir possíveis propedêuticas para essa rara condição cirúrgica. RELATO DE CASO F.H.N., masculino, 26 anos, admitido em serviço de saúde onde acompanha diagnóstico de prévio de PAF, já submetido a proctocolectomia total há 4 anos, com quadro de dor em cólica intensa do lado direito do abdome de caráter intermitente. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou massa heterogênea medindo 9,7 x 5,7 cm no plano transverso em parede pélvica à direita da linha média, envolvendo reto abdominal inferior. Paciente foi submetido a laparotomia exploradora, sendo evidenciado TD em toda a extensão da linha média, envolvendo região mesentérica e aderido firmemente às alças intestinais e vasos sanguíneos, não sendo possível sua ressecção. Após 8 meses da cirurgia, paciente retorna com quadro de dor abdominal intensa. Sendo diagnosticado com abdome agudo perfurativo, optou-se por laparotomia com ressecção ampla de alças de delgado restando 70 cm de jejuno, sendo iniciada dieta parenteral total. Paciente evoluiu com deiscência de parede abdominal e evisceração, sendo necessária nova abordagem com lavagem da cavidade, peritoneostomia e curativo em aspiração. Com estabilidade do quadro, houve reabordagem para fechamento da parede e antibioticoterapia de amplo espectro. Progrediu com boa aceitação de dieta via oral adaptada. Após discussão multidisciplinar optou-se por alta hospitalar com acompanhamento nutricional devido intestino curto. DISCUSSÃO O TD é uma condição rara e está presente entre 10 a 25 por cento dos pacientes portadores de PAF, sendo a proctocolectomia um dos principais fatores de risco para o seu desenvolvimento. A conduta terapêutica para o TD é bastante controversa na literatura, dado a imprevisibilidade da evolução do tumor, sendo importante o relato do caso. A cirurgia em TD intra abdominal pode ser mais agressiva e associada a aumento da morbidade e mortalidade. Em alguns casos o tumor pode regredir espontaneamente ou com antiinflamatórios e quimioterapia, ou evoluir rapidamente com aderência aos órgãos adjacentes, indicando mau prognóstico. A rápida evolução do TD no caso relatado ocasionou uma série de abordagens cirúrgicas, sendo optado por retirar o íleo e boa parte do jejuno devido aos órgãos já aderidos pelo tumor. Devido ao risco elevado de surgimento do TD em pacientes com PAF, o reconhecimento precoce é necessário para melhor manejo.

Palavras-chave: Tumor Desmoide; Polipose Adenomatosa Familiar; Intestino Curto

ID: 113507

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lívia Bagodi Missura / Missura, L. B. / Universidade José do Rosário Velano- UNIFENAS Campus Alfenas; Julia Dayrell Beretens / BERETENS, J. D. / Universidade José do Rosário Velano- UNIFENAS Campus Alfenas; Karem Yapuck Pereira de Almeida / ALMEIDA, K. Y. P. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos- MG; Samuel Nuno Pereira Lima / LIMA, S. N. P. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos- MG; Oriane da Silva Pimenta / PIMENTA, O. S. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos- MG; Leandro Urquiza Marques Alves da Silva / SILVA, L. U. M. A. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos- MG; Diego Lemos Queiroz / QUEIROZ, D. L. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos- MG;

Título: TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL EM DIVERTÍCULO DE JEJUNO

INTRODUÇÃO Os tumores estromais gastrointestinais (GISTs) são neoplasias originárias das células do cajal do trato gastrointestinal com 60% presentes no estômago (1). No entanto, GIST originado de fora do estômago tem maior agressividade, tornando o diagnóstico precoce crucial (2). O local de instalação da GIST é descrito 30% dos casos em jejuno e íleo (3). Apresentamos um caso de GIST em divertículo de jejuno e seu manejo clínico cirúrgico. RELATO DE CASO Homem, 37 anos, encaminhado para atendimento terciário em 2019, com queixa de dor em dorso associada a vômitos com sinais de choque. Possuía histórico de retossigmoidectomia com ileostomia protetora devido diverticulite aguda complicada em 2016. Realizado tomografia de abdome que evidenciou massa em fossa ilíaca esquerda e paredes espessadas com níveis hidroaéreos. Diante da hipótese diagnóstica de abdome agudo com sinais de choque séptico paciente foi encaminhado para o bloco cirúrgico, onde foi realizada uma laparotomia exploradora e encontrado no inventário da cavidade uma lesão de aspecto tumoral em divertículo localizado próximo do ângulo de Treitz de dimensões 10,5 cm x 10 cm x 7 cm. Paciente permaneceu 3 dias em UTI apresentando boa evolução e recebendo alta no 5º dia pós operatório. No resultado anatomopatológico foi indicado lesão de caráter GIST fusocelular de baixo grau com margens de ressecção comprometidas à 5,0 cm do ângulo de Treitz. Encaminhado para Oncologia e solicitado imunohistoquímica da peça, que indicou índice metastático 1/50 com risco patológico de alto (52%). Para seguimento foi optado pelo uso de Imatinibe por 3 anos e controle periódico da clínica do paciente. DISCUSSÃO Os GISTs apresentam um espectro variado de manifestações clínicas; sendo alguns deles sintomáticos e detectados incidentalmente como uma massa submucosa durante a investigação de outras patologias. Expressam a proteína KIT ou possuem uma mutação ativadora em um gene do receptor tirosina quinase classe III, o gene PDGFR-α, que codifica o receptor alfa do fator de crescimento derivado de plaquetas, um proteína tirosina quinase (4).Os divertículos jejunais podem ser chamados de pseudodivertículos por possuírem somente parte das camadas e possuem etiologia relacionada a anormalidade no peristaltismo e alta pressão luminal (5). O diagnóstico acontece de forma acidental e em 35-75% dos casos possuem associação com doença diverticular dos cólons (6,7,8) como no paciente em questão. A relação entre GIST na porção acometida por um divertículo jejunal não é descrita claramente pela literatura, mas pode relacionar-se ao crescimento exofítico tumoral entre camadas intestinais associadas à ativação dos genes expressos pelo tumor (3). A relação de local da GIST relaciona-se com 30% dos casos em jejuno e íleo (9). As duas entidades descritas devem-se ao acaso, o que torna a apresentação clínica rara tendo tratamento cirúrgico associado ao uso da medicação decisiva para o desfecho favorável do caso.

Palavras-chave: Tumor Estromal Gastrointestinal; Divertículo de Jejuno; Manejo clínico-cirúrgico

ID: 113383

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Tania Marcela Sandoval Ichinose / Ichinose, T.M.S / Hospital Geral de Carapicuiba; Erica Rossi Mocchetti / Mocchetti, E.R / Hospital Geral de Carapicuiba; Marielly Ayako Uemura / Uemura, M. A / Hospital Geral de Carapicuiba; Nicole Compagnoni Gallina / Gallina, N.C / Hospital Geral de Carapicuiba; Amalia Marinho Pinheiro da Camara / Camara, A.M.P / Hospital Geral de Carapicuiba; Bruno Amantini Messias / Messias, B.A / Centro Universitario São Camilo; Jaques Wasberg / Wasberg, J / Hospital do Servidor Publico Estadual;

Título: TUMOR NEUROENDÓCRINO DE INTESTINO DELGADO ASSOCIADO A SÍNDROME CARCINOIDE

Introdução O tumor neuroendócrino (TNE) é uma neoplasia rara, com incidência de 1-2:100.000 hab (1), que contém células enterocromafínicas, as quais sintetizam serotonina. O TNE de intestino delgado (ID) se apresenta com quadro de síndrome carcinoide e acometimento do coração. Exames de imagens e marcadores tumorais ajudam a realizar o diagnóstico. O tratamento se baseia na ressecção do tumor primário e das metástases, além do alivio dos sintomas (2). Relatamos um paciente com tumor neuroendócrino associado a síndrome carcinoide. Relato de caso Homem de 58 anos, com quadro de 6-7 episódios por dia de diarreia, sem sangue nem muco, há 3 anos e meio, associado a perda de peso e flushing facial. Antecedente de cirurgia de válvula aórtica há 25 anos. A Tomografia evidenciou nódulo hipervascular na parede lateral direita de alça enterica no mesogastrio, medindo 1,7 x 1,5 cm, linfonodomegalias mesentéricas no mesogástrio e fígado com múltiplos nódulos hipoatenuantes com discreto realce pelo contraste. Dosado ácido 5-hidroxi indol acetico: > 40 mg e serotonina: 1397,2 mmol/L. Realizada laparotomia exploradora, com achado de nodulação em intestino delgado a um metro do ângulo de Treitz e presença de múltiplos nódulos hepáticos. Realizada enterectomia segmentar e biopsia hepática, encaminhados material para patología. Resultado do imunohistoquímico mostrou neoplasia neuroendocrina bem diferenciada do intestino delgado (NET GRAU I), baixo índice de proliferação celular, com metástase hepática. Discussão Os TNEs são neoplasias raras, porém com incidência crescente devido a maior acesso aos exames diagnósticos. Esses tumores contem células enterocromafínicas com propriedades de sintetizar monoaminas, como a serotonina 3. A localizações mais comuns são o trato gastrointestinal e os pulmões (3). Como a serotonina do tumor ID é drenada pela veia porta e inativada no fígado antes de atingir a circulação sistêmica, a síndrome carcinoide maligna só acontece na presença de metástases hepáticas. Esta síndrome classicamente se apresenta com diarreia, rubor ou flushing, broncoespasmo, hipotensão e disfunção cardíaca direita. (4, 5) Marcadores bioquímicos tais como a dosagem urinária do ácido 5-hidroxi-indoleacético (Sensibilidade 70% - Especificidade 90%) e a cromogranina A sérica (Sensibilidade 55% - Especificidade 95%) (6), junto a cintilografia com octreotide marcado, possibilitam localizar o tumor primário. Tomografia ajuda a detectar metástases. São divididos em dois grupos com base na diferenciação e grau do tumor: bem diferenciados (baixo grau a intermediário) também chamados de tumores carcinoides e pouco diferenciado (alto grau) (7, 8).Os tumores de baixo grau e localizados são tratados com ressecção segmentar, apresentam sobrevida de 100%. Doença avançada e sintomática, é tratada com análogos da somatostatina, ressecção ampla do intestino e mesentério, variando a sobrevida entre 35-65%. Caso extensa metástase hepática pode ser tentada a embolização.

Palavras-chave: Tumor; Neuroendocrino; Carcinoide

ID: 113580

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Catherine Puliti Hermida Reigada / Reigada, C. P. H. / IGESP; Hésio Vicente Juliano / Juliano, H. V. / IGESP; Murilo Brandimarte / Brandimarte, M. / IGESP; Caroline Daher Farat / Farat, C. D. / IGESP; Leonardo Vaz Barros / Barros, L. V. / IGESP; Bruno Alcantara Manica / Manica, B. A. / IGESP; Luiz Paulo Vietti / Vietti, L. P. / IGESP;

Título: TUMOR NEUROENDÓCRINO DE MESENTÉRIO - RELATO DE CASO.

Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNE) são raros e em até 60% dos casos incidem no trato digestivo, principalmente no intestino delgado (íleo). A origem primária em mesentério é rara e com poucos relatos na literatura. Os tumores no mesentério podem ter diagnóstico por sintomas abdominais vagos ou mesmo apresentarem-se como achado incidental em exames de rotina de pacientes assintomáticos. Relato de Caso: MJS, feminina, 64 anos, encaminhada ao ambulatório de cirurgia geral de nosso serviço pela equipe de ginecologia para investigação de lesão sólido-cística indeterminada (cisto em mesentério?) em ultra-som abdominal de rotina. Paciente apresentava sintomas de cólica em região periumbilical, sem alteração em hábito intestinal ou emagrecimento. Optado por investigação com ressonância magnética de abdome superior e pelve, que evidenciou uma massa sólido cística em região de mesentério, próximo a alças ileais, captante de contraste, de aproximadamente 10X12 cm, compatível com tumor ou cisto mesentérico. Marcadores tumorais (CEA, CA 19.9, CA 125, CA 72.4 e alfa-feto proteína) negativos. Colonoscopia com doença diverticular de cólons e endoscopia digestiva alta com gastrite enantematosa leve, sem outras lesões. Optado por indicação de cirurgia de laparotomia para ressecção da lesão. No inventário intra-operatório não foram encontadas outras lesões, exceto por grande lesão sólido-cística vascularizada de aproximadamente 10 cm de diâmetro, à 70 cm de válvula íleo cecal, em região de mesentério. Optado por ressecção cuidadosa em bloco da lesão juntamente com 40 cm de íleo e entero-enteroanastomose mecânica. Paciente teve satisfatória evolução pós-operatória, recebendo alta no quinto pós-operatório sem intercorrências. O estudo anatomopatológico demonstou edema e congestão em alça ileal, sem lesões; em mesentério infiltração por neoplasia epitelióide moderadamente diferenciada de provável linhagem neuroectodérmina. Realizado estudo imunohistoquímico com perfil de tumor neuroendócrino de baixo grau histológico (em topografia mesentérica). Paciente encaminhada ao ambulatório de oncologia clínica para seguimento, sem evidência de recidiva ou metástase até o momento (8 meses). Discussão: Este caso relatou um tumor neuroendócrino com origem primária infrequente; devemos atentar, entretanto, que os tumores neuroendócrinos são tumores originários das células enterocromafins, que têm a capacidade de secretar aminas e peptídeos biogênicos, incluindo a serotonina. Esses mediadores ativam fibroblastos associados ao câncer. Nos casos de pequenos tumores ileais assintomáticos, podemos ter metástases nos linfonodos do mesentério envolvido, o que resulta em uma reação desmoplástica e formação de massas mesentéricas; em nossa paciente não encontramos sítio primário em intestino delgado, entretanto massas mesentéricas devem sempre lembrar diagnóstico diferencial de metástase.

Palavras-chave: tumor neuroendócrino gastrointestinal; tumor de mesentério; tumor neuroendócrino de mesentério

ID: 113574

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Flávia Fernanda de França / FRANÇA, F. F. / Universidade Federal do Paraná; Raquel Laís Kreuz / KREUZ, R. L. / Universidade Federal do Paraná; Rayana Endy Maziero / MAZIERO, R. E. / Universidade Federal do Paraná; Izabella Maria Lopes Titon / TITON, I. M. L. / Universidade Federal do Paraná; Jonas Takada / TAKADA, J. / Universidade de São Paulo; Luan Zacarias Nunes / NUNES, L. Z. / Universidade Federal do Paraná; Rafaella Tomomi Oishi / OISHI, R. T. / Universidade Federal do Paraná;

Título: ÚLCERA DUODENAL TEREBRANTE: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A doença ulcerosa péptica (DUP) está associada a dois principais fatores, a infecção por Helicobacter pylori (H. pylori) e o uso indiscriminado de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Notavelmente, a erradicação do H pylori e o uso de inibidores da bomba de prótons (IBPs) reduziram a taxa de tratamento cirúrgico eletivo, sendo esse destinado a casos de refratariedade, malignidade ou complicações. Cerca de 6 a 11% dos pacientes que apresentam úlcera duodenal podem evoluir com perfuração, a qual geralmente acomete a parede anterior. A perfuração da parede posterior, com penetração para órgãos retroperitoneais como o pâncreas, é rara, sendo denominada úlcera terebrante. RELATO DE CASO: Mulher, 76 anos, em uso crônico de AINEs, admitida em hospital terciário por histórico de dor abdominal e diminuição do nível de consciência. Ao exame físico: FC 120 bpm, PA 100/60 mmhg, sat 97%, Fr 25, MV + diminuídos em base de hemitórax esquerdo; abdome distendido, RHA diminuído, hipertimpânico, doloroso à palpação difusa. Tomografia computadorizada de abdômen total (TC) demostrou presença de pneumoperitônio e moderada quantidade de líquido livre intraperitoneal. Foi submetida a laparotomia exploradora de urgência, a qual evidenciou úlcera duodenal perfurada entre a primeira e a segunda porção duodenal com acometimento da cabeça do pâncreas. Realizada ressecção da primeira porção duodenal (segmento acometido pela úlcera) e gastrectomia parcial com enteroanastomose em Y de Roux, e sutura do coto duodenal. Paciente evoluiu para piora da sepse abdominal e foi a óbito no 4º PO. DISCUSSÃO: Embora a maioria dos pacientes possa ter sintomas típicos de DUP antes do desenvolvimento de complicações, um subconjunto de pacientes tem DUP silenciosas e são levados ao atendimento médico devido a complicações. O risco de complicações em pacientes com DUP crônica é cerca de 2 a 3% ao ano. As complicações mais associadas são sangramento, perfuração, obstrução e penetração em órgãos retroperitoneais. Aproximadamente 2 a 10% dos pacientes complicam com perfurações. O aparecimento repentino de dor abdominal, taquicardia e rigidez abdominal podem sugerir uma perfuração. Radiografias em ortostatismo e TC podem evidenciar pneumoperitônio e auxiliar no diagnóstico. O manejo das úlceras perfuradas geralmente é cirúrgico, cujo princípio básico é a rafia primária. Porém, em caso de úlcera terebrante não hemorrágica, como a relatada, gastrectomia parcial com ressecção do segmento duodenal acometido é tida como procedimento de escolha. O caso relatado, reforça a importância do diagnóstico precoce para um tratamento eficaz considerando as diversas complicações que podem ser geradas, como sepse e óbito.

Palavras-chave: Úlcera duodenal terebrante; Gastrectomia; Perfuração duodenal

ID: 113239

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Beatriz D'andrea Pigossi / Pigossi, B. D. / Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (PUC-SP); José Mauro da Silva Rodrigues / Rodrigues, J. M. S. / Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (PUC-SP); Gabriela Chammas Consorte / Consorte, G. C / Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (PUC-SP); Felipe Fernandes Iazzetti / Iazzetti, F. F. / Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (PUC-SP); Igor Queiroz Pedroso / Pedroso, I. Q. / Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (PUC-SP); Beatriz Delvelan Ramos / Ramos, B. D. / Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (PUC-SP); Samira de Lima Araujo Miguel / Miguel, S. L. A. / Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (PUC-SP); Amanda Deolindo Silva / Silva, A. D. / Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba (PUC-SP);

Título: ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA EM PACIENTE SUBMETIDO A GASTRECTOMIA PARCIAL POR PERFURAÇÃO ANTERIOR: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Aproximadamente 5% dos pacientes com doença ulcerosa péptica evoluem com perfuração da úlcera. A perfuração da úlcera péptica é uma emergência cirúrgica que, se não prontamente diagnosticada e tratada cirurgicamente, se associa à significativa morbidade e mortalidade. O manejo da úlcera péptica perfurada consiste na lavagem da cavidade abdominal, seguida pelo reparo primário com patch de omento. O presente relato apresenta um caso com recorrência de perfuração ulcerosa em paciente com gastrectomia prévia. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 55 anos, admitido com queixa de dor abdominal súbita há três dias, em queimação, com irradiação difusa e acompanhada por náuseas e vômitos, após interrupção do uso de omeprazol há sete dias. Paciente com gastrectomia parcial e reconstrução em Y de Roux há 7 meses por úlcera pré-pilórica perfurada. Na admissão, encontrava-se em regular estado geral, com abdome plano, tenso e doloroso difusamente à palpação. A radiografia de abdome não evidenciou sinais de pneumoperitônio. A tomografia computadorizada mostrou espessamento parietal difuso da câmara gástrica e das alças intestinais delgadas, moderada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal e pneumoperitônio mínimo. A laparotomia diagnóstica evidenciou perfuração de 1cm em região do corpo gástrico anterior, adjacente à gastroenteroanastomose prévia. Realizou-se sutura da lesão com patch de omento, além de lavagem da cavidade. Paciente apresentou boa evolução clínica e recebeu alta no quarto dia pós-operatório, com prescrição de omeprazol em dose plena. DISCUSSÃO: Com o avanço das terapias de irradicação do H. pylori e com o advento dos inibidores de bomba de prótons (IBP□s), houve grande redução da taxa de recorrência das úlceras pépticas. Os fatores relacionados à recidiva são: infecção persistente pelo H. pylori, má aderência ao tratamento e uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINES), aspirina ou terapia de dupla antiagregação plaquetária. O tratamento de escolha para o reparo das úlceras pépticas perfuradas consiste na cirurgia laparoscópica ou aberta, sendo a via a laparoscópica a mais empregada por promover menor tempo de hospitalização pós-operatório. Pode-se incorporar ao reparo primário, uma vagotomia troncular e piloroplastia para benefício antissecretório adicional. Para úlcera péptica recorrente, os procedimentos cirúrgicos incluem a vagotomia troncular com antrectomia e a gastrectomia parcial. Neste caso, apesar da gastrectomia parcial efetuada para o tratamento da primeira perfuração, houve recidiva ulcerosa com nova perfuração, provavelmente pela síndrome de antro gástrico retido. A recidiva de úlcera péptica é atualmente um evento pouco comum na prática cirúrgica, mas a recidiva da infecção pelo H. pylori e a má adesão ao tratamento medicamentoso com IBP□s, pode trazer complicações graves e desafiadoras quanto a escolha da melhor conduta terapêutica.

Palavras-chave: Úlcera Péptica Perfurada; Doença Ulcerosa Péptica; Gastrectomia

ID: 113519

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Larissa Pereira Guerra / GUERRA, P. L. / HOSPITAL REGIONAL SÃO SEBASTIÃO ; Paula Braga Nunes / NUNES, B.P. / HOSPITAL REGIONAL SÃO SEBASTIÃO; Erly Fernando Ferreira Dantas / DANTAS, F. F . E / HOSPITAL REGIONAL SÃO SEBASTIÃO; Tiago Cunha de Castro / CASTRO, C. T / HOSPITAL REGIONAL SÃO SEBASTIÃO; Gustavo Magalhães Coimbra / COIMBRA. M. G / HOSPITAL REGIONAL SÃO SEBASTIÃO;

Título: VOLVO DE CECO - RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO : Volvo é a rotação intestinal sobre seu eixo mesentérico, mais comum no sigmoide e ceco. O volvo de ceco (VC) é caracterizado por torção do ceco, íleo terminal e colo ascendente sobre seus respectivos mesos, resultando em obstrução intestinal em 1 a 1,5% nos adultos, sendo responsável por 22% dos volvos colônicos. A clínica é de obstrução intestinal, dor aguda, distensão abdominal, associado a náuseas, vômitos e hipertimpanismo, necessitando muitas vezes exames de imagem complementar. Caso clínico: SMR, 52 anos, refere há 4 dias, constipação, vômitos, distensão e dor abdominal difusa. Procurou atendimento médico na cidade de origem, onde realizou tomografia computadorizada (TC) de abdome total com contraste,demostrando distenção alças de delgado e intestino grosso, com .Iniciado ceftriaxona e metronidazol venoso. Transferida para o Hospital Regional São Sebastião após 7 dias de sintomas, com vômitos de estase, abdome distendido, timpânico, extremamente doloroso a palpação difusa e em hipocôndrio esquerdo (HCE). Sonda nasogástrica com drenagem imediata de 400 ml de secreção fecalóide. Optado por laparotomia exploradora. Achado intra-operatório de distensão de alças de delgado, VC com grande distensão do cecal, posicionado em HCE, sem obstrução da válvula íleo cecal e leve inflamação do apêndice cecal. Desfeito volvo com esvaziamento do ceco pelo apêndice, apendicectomia e fixação do ceco. Evoluiu bem, com alta no 7 dia de pós operatório. DESCRIÇÃO :O VC é classificado em 3 tipos, sendo neste relato o tipo II, VC em laço, causado pela torção do ceco e do íleo terminal em sentido anti-horário, com localização ectópica e invertida (típica no quadrante superior esquerdo).Os sintomas variam de horas a dias, sendo composto pela tríade da obstrução intestinal aguda, dor, distensão e constipação em mais de 70% dos pacientes, evoluindo para toxemia, peritonite e morte se não tratado adequadamente. O diagnóstico pode ser feito por raios-X simples de abdômen, enema opaco, (TC) de abdômen e colonoscopia. Na primeira, observa-se dilatação do ceco em 98% dos casos, ausência de gás no cólon distal, nível líquido e dilatação de delgado. O enema opaco tem sensibilidade de 88%, porém demanda tempo e risco de extravasamento do contraste. A TC revela a presença, a localização do volvo e as complicações como a isquemia e a perfuração, tendo como imagem característica o olho do redemoinho, círculos espiralados e concêntricos formados pela torção do meso. A colonoscopia é capaz de localizar o ponto exato de torção colônica, porém apresenta limitada capacidade terapêutica e risco de perfuração. CONCLUSÃO :O VC por ser raro, tem diagnóstico preciso difícil devido aos vários diagnósticos diferenciais, sendo feito, muitas vezes, no per-operatório. Deve-se lançar mão de um exame de imagem, de preferência TC, na suspeita de abdome agudo obstrutivo, mas sem atrasar o tratamento cirúrgico devido ao risco de morte.

Palavras-chave: VOLVO DE CECO ; ABDOME OBSTRUTIVO ; INTESTINAL

ID: 113553

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Mateus Henrique Schneider / SCHNEIDER, M. H. / UFCSPA/ISCMPA; Pedro Luis Maldonado Muñoz / MUNOZ, P. / UFCSPA/ISCMPA; David Francisco Bravo Lopez / LOPEZ,D. / UFCSPA/ISCMPA; Isabela Contin / CONTIN, I. / HSL/PUCRS; Welton Yuri Fernandes da Silva / SILVA, W. Y. F. / HSL/PUCRS; Mohamad Hassan Hamaoui / HAMAOUI, M. / UFCSPA/ISCMPA;

Título: VOLVO GÁSTRICO INTRATORÁCICO PERFURADO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O volvo gástrico é uma entidade rara, definida pela rotação do estômago sobre um de seus eixos, de evolução clínica potencialmente letal. O comprometimento do suprimento vascular causado pela rotação do estômago pode resultar em necrose e, em casos mais avançados, perfuração da parede gástrica com extravasamento de conteúdo, como descrito no caso acima. O desafio diagnóstico no caso acima está relacionado tanto ao aspecto epidemiológico, por se tratar de uma entidade incomum, como ao aspecto de dissociação clínico-radiológica, dada a condição clínica e os sintomas apresentados pela paciente, incompatíveis com a gravidade do quadro. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 46 anos, com histórico referido de hérnia hiatal, chega à emergência com quadro de epigastralgia leve há 3 dias, associada a náusea e vômitos, estável hemodinamicamente, estando em NPO desde o início dos sintomas. Exames laboratoriais da admissão evidenciaram leucocitose (leucócitos totais = 21.990 / μL, 87,1% neutrófilos) e aumento dos níveis de proteína C-reativa (256,58 mg / L). Tomografia abdominal com volvo gástrico com protrusão mediastinal associado a coleção e ar no mediastino, abordado cirurgicamente, via laparoscopia transabdominal. No intra-operatório, constatou-se herniação de uma porção do corpo gástrico, associada a ruptura de parede e extravasamento de conteúdo, além de necrose do saco herniário que bloqueava a coleção no interior do mediastino, de conteúdo francamente alimentar. Paciente apresentou instabilização hemodinâmica, sendo necessária a conversão do procedimento cirúrgico para aberto. Foi realizada higienização do mediastino e rafia gástrica primária com omentopexia, além de fundoplicatura de 360º para fixação do fundo gástrico. Deixado dreno tubolaminar em mediastino para drenagem de remanescente de coleção. No período de recuperação, após primeira extubação, paciente apresentou quadro de aspiração no momento da tentativa de reintrodução de dieta via oral, complicando com pneumonia aspirativa e derrame pleural à esquerda, presumivelmente relacionado à coleção mediastinal inicial. Após realização de drenagem pleural à esquerda e de novo período de intubação orotraqueal, paciente apresentou melhora, com extubação. DISCUSSÃO: o tratamento do volvo gástrico se baseia laparotomia exploradora, visando desfazer a rotação gástrica e corrigir possíveis complicações relacionadas, como perfurações de parede. Algumas intervenções via laparoscópica, também são descritas. No caso acima, ainda que a aproximação dos pilares diafragmáticos fosse justificável visando diminuir a recorrência da herniação, optou-se por não realizá-la em função da coleção mediastinal apresentada pela paciente, que poderia ter sua drenagem comprometida. O caso acima, ainda que incomum, ressalta a importância de se considerar o volvo gástrico, bem como sua herniação mediastinal, no rol de diagnóstico diferencial em pacientes que se apresentem com epigastralgia.

Palavras-chave: volvo gástrico; epigastralgia; cirurgia

ID: 112457

Área: FÍGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Natalia Turco / TURCO, N. / Hospital Estadual Vila Alpina; Bruna Bertechine Gonzalez Mayeda / MAYEDA, B. B. G. / Hospital Estadual Vila Alpina; Mateus Cavalcanti Souza Braz / BRAZ, M. C. S. / Hospital Estadual Vila Alpina; Fabio Nassar / NASSAR, F. / Hospital Estadual Vila Alpina; Mario Luiz Quintas / QUINTAS, M. L. / Hospital Estadual Vila Alpina; Marcos Eugenio Amade Mazarin / MAZARIN, M. E. A. / Hospital Estadual Vila Alpina;

Título: ABSCESSO HEPÁTICO SECUNDÁRIO A PERFURAÇÃO GÁSTRICA POR PALITO DE DENTE: RELATO DE CASO.

INTRODUÇÃO: O abscesso hepático piogênico é o tipo mais comum de abscesso visceral. Entre os fatores de risco, destacam-se diabetes, doenças pancreáticas ou hepatobiliares prévias e transplante hepático. Há, ainda, um aumento dos casos de abscesso hepático causados por um corpo estranho que migra do trato gastrointestinal. É estimado que 1% do total de objetos ingeridos causem perfuração gastrointestinal, mais comumente no piloro e duodeno. Achados que podem sugerir um corpo estranho migratório são sinais de perfuração gastrointestinal, parede gastrointestinal espessada em continuidade com o abscesso na tomografia computadorizada e aderências notadas durante a cirurgia. Os sintomas mais comuns são febre, dor abdominal, náusea, vômitos, anorexia, perda de peso e mal estar. Neste estudo relatamos o caso de um paciente com abscesso hepático devido migração de corpo estranho ingerido. RELATO: Paciente do sexo masculino, 63 anos, compareceu ao pronto socorro com queixa de dor epigástrica há 5 dias, em pontadas, de intensidade progressivamente aumentada, associada a náuseas, vômitos, hiporexia e calafrios. Possuía como comorbidades hipertensão arterial em uso de IECA e etilismo há 30 anos. Negava antecedentes cirúrgicos. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, com fácies de dor, em posição antálgica e sudoreico. PA de 110 x 77 mmHg e FC de 114 bpm. Abdome plano, com ruídos hidroaéreos presentes, timpânico, doloroso à palpação superficial e profunda difusamente, descompressão brusca positiva e presença de hérnia epigástrica redutível de cerca de 1 cm. Submetido a exames laboratoriais que demonstraram leucocitose discreta e aumento expressivo do PCR. Realizado Rx de abdome sem evidência de pneumoperitônio e TC de abdome que constatou: coleção com focos gasosos, envolvendo praticamente todo o lobo hepático esquerdo. Procedido a laparotomia exploradora com evidência de abscesso hepático e adesão de parede posterior do estômago ao leito hepático, com ponto de desserosamento gástrico. Realizada rafia da parede gástrica e drenagem do abscesso. No pós operatório, evoluiu com piora hemodinâmica e infecciosa, refratária a antibioticoterapia, com nova tomografia demonstrando abscesso hepático encapsulado e presença de líquido livre em pelve. No 16º pós operatório foi submetido a nova laparotomia exploradora e hepatectomia segmentar dos segmentos II e III, com retirada de corpo estranho (palito de dente). Permaneceu em leito de terapia intensiva no pós-operatório, com necessidade crescente de drogas vasoativas e foi a óbito devido a choque séptico refratário. DISCUSSÃO: É importante destacar que o não reconhecimento de um corpo estranho ingerido como etiologia é a principal causa de falha no tratamento inicial desse tipo de abscesso. O estudo e a divulgação desse diagnóstico diferencial são imprescindíveis para gerar alta suspeição diante de um caso refratário às medidas clássicas para tratamento de abscessos piogênicos.

Palavras-chave: Abscesso Hepático; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Reoperação

ID: 112680

Área: FÍGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Mauricio de Freitas Vieira / Vieira, M. F. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Diogo Silva Almeida / Almeida, D. S. / Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública; Victor Jucá Rocha / Rocha, V. J. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Leonardo Ferrari Borges / Borges, L. F. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública;

Título: EVENTO RARO DE AGENESIA DE VESÍCULA DIAGNOSTICADA NO INTRAOPERATÓRIO: RELATO DE CASO.

Introdução: A agenesia de vesícula é uma rara anormalidade anatômica causada pela falha do desenvolvimento do ducto cístico na vesícula biliar. A literatura mostra cerca de 500 casos no total, razão pela qual este caso torna-se relevante. Essa patologia apresenta idade de apresentação clínica média de 46 anos e prevalência de mulheres (3:1). Muitas vezes é difícil de diagnosticar no pré-operatório, pois os resultados podem ser semelhantes aos do diagnóstico de colecistolitíase, como ocorreu no caso apresentado a seguir. Nesse sentido, é imprescindível maior atenção médica, evitando um procedimento cirúrgico desnecessário e não terapêutico. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é alertar sobre essa patologia congênita e apresentar o caso ocorrido. Relato de caso: Paciente de 54 anos, negra, sexo feminino, chegou ao hospital assintomática portando dois laudos de ultrassonografias que apresentaram como impressão diagnóstica colecistolitíase. Na anamnese a paciente nega dor abdominal em quadrante superior direito do abdome e não relatou demais queixas. Ao exame físico, bom estado geral e exame do abdome inocente. Assim, com a USG trazida pela paciente associado a outro laudo de USG prévia com a mesma impressão diagnóstica, e tendo em vista as pontenciais complicações de uma colecistolitíase, optou-se pela colecistectomia laparoscópica. Na operação, após acesso à cavidade abdominal por laparoscopia, a vesícula biliar não foi encontrada. A laparoscopia foi finalizada, e levantou a hipótese de agenesia de vesícula, sendo confirmada posteriormente pela colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM), realizada após a cirurgia. A paciente recebeu alta assintomática. Discussão: A paciente do caso descrito encontra-se no grupo de pacientes assintomáticos, com agenesia de vesícula. A principal razão para dificuldade diagnóstica centra-se na visualização de sombras hiperecogênicas vistas por radiologistas na ultrassonografia, levando a um diagnóstico errôneo de colecistolitíase e posteriormente indicação à cirurgia. Além disso, a não visualização da vesícula biliar nos exames complementares geralmente é atribuída a obstruções do ducto cístico, a variações anatômicas ou a erros técnicos, deixando o diagnóstico diferencial de agenesia como última opção. Este foi o caso da nossa paciente, onde exames de imagem com impressões equivocadas levaram a uma cirurgia. Buscas na literatura de casos de agenesia de vesícula demonstram condutas semelhantes ao do caso em discussão, em que os pacientes foram submetidos a cirurgia e tiveram suspeita no intraoperatório, confirmada com exame específico após o procedimento, a CPRM. Sendo assim, a falha no diagnóstico prévio da agenesia de vesícula, embora não traga outros acometimentos físicos diretos para o paciente, pode levar a um procedimento cirúrgico, a qual urge conhecimento e atenciosa conduta pós-operatória do paciente pelo cirurgião.

Palavras-chave: Cirurgia Geral; Cirurgia Vídeoassistida; Vesícula Biliar

ID: 113576

Área: FÍGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Tadeu Gomes Corrêa / Corrêa, T.G. / Hospital Regional de Presidente Prudente;

Título: HEMANGIOMA HEPÁTICO ROTO - RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Os hemangiomas são tumores benignos relativamente freqüentes, cujo aspecto usual é aquele de lesões hiperecogênicas bem delimitadas. Entretanto, existem variações nas formas da apresentação ultra-sonográfica, devendo-se estar sempre atentos para estas possibilidades, com a finalidade de serem lembradas no diagnóstico diferencial de massas hepáticas e de orientar suas avaliações complementares, facilitando o diagnóstico definitivo. O diagnóstico de hemorragia hepático não traumática deve ser sempre suspeitado no paciente com dor abdominal súbita, principalmente se houver relato de uso de anticoagulantes ou lesão hepática preexistente. Apesar de raros, os hemangiomas hepáticos rotos constituem emergência cirúrgica, com altas taxas de mortalidade. A TC é técnica adequada na avaliação hepática, em virtude da rápida aquisição de imagens e possibilidade de estudo dinâmico. RELATO DE CASO: O hemangioma hepático é frequentemente assintomático e, mesmo quando de grandes dimensões, não mostra tendência a sangramento. O caso relatado da paciente AFDS de 45 anos de idade gestante de 35 semanas com início de trabalho de parto complicado e sofrimento fetal agudo cursando com dor abdominal difusa e com sangramento do leito hepático importante. Apresentou choque hipovolêmico recebendo as medidas de suporte e submetida a intervenções cirúrgicas para controle de sangramento. Evoluiu para pior do quadro clínico permanecendo em tratamento intensivo e teve como desfecho óbito após parada cardio-respiratória. DISCUSSÃO: A indicação de cirurgia é bem estabelecida quando ocorre ruptura e sangramento intraperitoneal, sintomas incapacitantes devido à grandes hemangiomas ou ainda falha em excluir um tumor maligno pelos exames radiológicos. Existem quatro métodos cirúrgicos disponíveis para o tratamento de hemangiomas: ressecção hepática, enucleação, ligadura da artéria hepática e transplante de fígado. Técnicas não cirúrgicas incluem a embolização da artéria hepática e radioterapia. A embolização arterial tem sido usada para controlar a hemorragia aguda, para controlar os sintomas e para diminuir hemangiomas antes da ressecção cirúrgica. É pouco provável o surgimento de complicações de hemangiomas hepáticos pequenos durante a gravidez ou com o uso de contraceptivos orais. Nos tumores grandes é recomendável o monitoramento conservador do tumor durante a gestação, mas o uso de contraceptivos orais em pacientes com hemagioma não está contraindicado.

Palavras-chave: hemangioma hepático; hemangioma hepático roto; hemangioma hepático roto em gestante

ID: 113410

Área: FÍGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Mariana Layla de Oliveira Silva / SILVA, Mariana Layla de Oliveira / Mario Palmario Hospital Universitario; Laís de Paula Silva / SILVA, Lais de Paula / Mario Palmario Hospital Universitario; Lucas Pimenta de Almeida / Almeida, Lucas Pimenta de / Mario Palmario Hospital Universitario; Matheus Vieira Braga Mattos / MATTOS, Matheus Vieira Braga / Mario Palmario Hospital Universitario; Gabriela Assuncao Moreira e Silveira / SILVEIRA, Gabriela Assuncao Moreira / Mario Palmario Hospital Universitario; Yuri Bittencourt / BITTENCOURT, Yuri / UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLANDIA; Guilherme Azevedo Terra / TERRA, Guilherme Azevedo / UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO; Juverson Alves Terra Junior / JUNIOR, Juverson Alves terra / UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO;

Título: HEPATECTOMIA DIREITA EM HEMANGIOMA GIGANTE

Dentre os tumores hepáticos benignos, os hemangiomas são os mais frequentes. Tem incidência maior no sexo feminino, diagnóstico acidental, na maioria dos casos, e tendência atual para tratamento conservador. O diâmetro geralmente encontrado é menor que 5 cm e tumores maiores que 4 cm denominam-se hemangiomas hepáticos gigantes e correspondem a 10% dos casos. Sua frequência é maior em mulheres multíparas, grávidas, usuárias de anticoncepcionais orais e estrogênio. O lobo hepático direito é o mais acometido. As complicações encontradas correspondem à rotura espontânea ou traumática, trombose do tumor, anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e hipofibrinogênemia de consumo, necrose, abscesso e icterícia obstrutiva. O tratamento cirúrgico é indicado em caráter de urgência na presença de complicações ou em caráter eletivos para os hemangiomas cavernosos sintomáticos maiores que 10 cm. A seguir, o relato trata-se de mulher em idade fértil, hígida, com dor abdominal refratária, portadora de hemangioma cavernoso gigante, submetida à hepatectomia direita, sem recidivas da doença. LCN 32 anos, sexo feminino, G2C2. Queixa-se de que há 4 meses notou massa abdominal em hipocôndrio direito associada a dor difusa de moderada intensidade sem fator de melhora ou piora. Refere icterícia, colúria e perda ponderal de 20 kg concomitante. Nega uso de medicações, tabagismo ou etilismo. Ao exame físico notava-se abdome assimétrico com massa palpável em quadrante superior direito estendendo-se até 2 cm acima da cicatriz umbilical, fixa, endurecida e dolorosa. Na Ressonância Nuclear Magnética de abdome identificou-se volumosa formação expansiva no lobo direito do fígado com limites bem definidos, restrição a difusão e realce parcial e heterogêneo pós contraste, de 29,1x18,0x15,7 cm, com volume de 4230 cm^3. A lesão deslocava órgãos adjacentes. A paciente foi submetida à laparotomia exploratória com hepatectomia direita, colecistectomia e colangiografia peroperatória. O anatomopatológico da peça cirúrgica foi compatível com hemangioma cavernoso gigante, de 24,0x4,5x14,3 cm, com evidencias de trombose em organização. Recebeu alta no 5° dia pós operatório e encontra-se sem recorrência da doença. Hemangiomas são lesões não epiteliais, bem delimitados, com coloração vermelho-azulada, aspecto esponhoso ou de favo de mel, em sua macroscopia e não infrequente são confundidos com outras lesões tumorais hepáticas, a saber: hiperplasia nodular focal, adenoma hepático, carcinoma hepatocelular e metástase hepática. A grande maioria é assintomática, com diagnóstico radiológico acidental. A terapêutica cirúrgica é indicada em caráter de urgência frente às complicações de alta mortalidade ou eletivamente a depender das queixas clinicas, principalmente dor refrataria, sintomas compressivos e aumento expressivo do hemangioma. Apesar de na maioria serem assintomáticos, nos hemangiomas hepáticos gigantes a ressecção cirurgia bem indicada por reduzir a morbimortalidade.

Palavras-chave: HEMANGIOMA; HEPATECTOMIA ; CIRURGIA

ID: 113594

Área: FÍGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Mariana Eugênia Zacharias Bonfim / BONFIM, M. E. Z. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; Vitória Hibary Nati / NATI, V. H. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; Thiago Lourenço de Albuquerque / ALBUQUERQUE, T. L. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; Isabella Correa de Oliveira / OLIVEIRA, I. C. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; Taiana Naila Mazar Zarelli / ZARELLI, T. N. M / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; Emanuella Roberta Ina Cirino / CIRINO, E. R. I. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR; Julio Cesar Wiederkehr / WIEDERKEHR, J. C. / HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR;

Título: LIGADURA DA VEIA PORTA ASSOCIADA À TRANSECÇÃO PARA HEPATECTOMIA EM DOIS ESTÁGIOS: UMA ALTERNATIVA PARA TRATAMENTO COMPLEXO DE METÁSTASES HEPÁTICAS DO CÂNCER COLORRETAL

INTRODUÇÃO: O Câncer colorretal (CCR) abrange tumores que acometem o cólon e o reto. Para o Brasil, estimam-se, para cada ano do triênio de 2020-2022, 20.540 casos de CCR em homens e 20.470 em mulheres. O sítio mais comum de metástases do CCR é o fígado, mas um fator limitante na realização de grandes ressecções de metástases hepáticas é o volume do fígado remanescente, que deve ser no mínimo 25% do volume hepático total no pós-operatório para evitar insuficiência hepática, tornando estas ressecções oncológicas complexas. Uma opção para pacientes que necessitam maiores ressecções é o ALPPS, técnica publicada inicialmente em 2012 por Schnitzbauer et al. ALPPS é a sigla em inglês para associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy que significa ligadura da veia porta associada à transecção para hepatectomia em dois estágios. Esta técnica consiste em uma ressecção hepática estagiada, em dois tempos cirúrgicos, promovendo a rápida hipertrofia do fígado remanescente, sendo possível ressecar múltiplas metástases hepáticas e evitar insuficiência hepática no pós-operatório. RELATO DE CASO: I. R. A., 56 anos, sexo masculino, submetido a retossigmoidectomia videolaparoscópica em junho de 2021 por CRR, com anatomopatológico evidenciando adenocarcinoma de cólon pt3 pn0 e margens livres. Em dezembro de 2021 a tomografia por emissão de pósitrons detectou nódulos hepáticos esparsos de aspecto neoplásico secundário. Em seguida, a ressonância magnética evidenciou lesões hepáticas sólidas sugestivas de implantes secundários: 4 acometendo os segmentos IV, VI, VII, VIII, e 1 no segmento I. Realizou 6 sessões de quimioterapia neoadjuvante com oxaliplatina, com redução das lesões. Em 03 de maio de 2022 paciente foi submetido ao primeiro tempo cirúrgico do ALPPS, metastasectomia do segmento I e colecistectomia. O resultado do anatomopatológico foi adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, metastático em tecido hepático, compatível com neoplasia colônica primária. 13 dias após, a tomografia computadorizada evidenciou um volume do lobo hepático esquerdo de 482,3 ml (38,9%), sendo no pré-operatório de 169,6 ml (13,7%). O paciente foi submetido ao segundo tempo cirúrgico em 17 de maio de 2022, com hepatectomia direita ampliada (segmentos IV, V, VI, VII e VIII) e preservação do segmento lateral esquerdo (porção remanescente do segmento I, II e III). Recebeu alta médica 5 dias após, sem sinais de insuficiência hepática e segue em acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO: Cerca de metade dos pacientes portadores de CCR terão metástase hepática durante a vida, sendo estas responsáveis por ao menos 2/3 dos óbitos e rara expectativa de vida maior que 5 anos em pacientes com metástase hepática não tratados cirurgicamente. A técnica ALPPS representa uma importante alternativa cirúrgica no tratamento de pacientes com metástases hepáticas provenientes do CCR, implicando diretamente na melhora do prognóstico destes pacientes.

Palavras-chave: HEPATECTOMIA; ALPPS; METÁSTASES

ID: 113369

Área: FÍGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriel Silva Rocha / ROCHA, G.S. / HOSPITAL ANA NERY; Lizandra Lavinia Santos de Albuquerque Menezes / MENEZES, L.L.S.A. / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA; Natalia Damasceno Almeida / ALMEIDA, N.D. / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA; Iohana Gonçalves Marques / MARQUES, I.G. / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA; Filipe Das Mercês Ramos da Silva / SILVA, F.M.R. / HOSPITAL ANA NERY; Naiah Eneas da Silva Almeida / ALMEIDA, N.E.S. / HOSPITAL ANA NERY; Suelen Sampaio de Jesus / JESUS, S.S. / HOSPITAL ANA NERY; Bruno da Silveira Almeida / ALMEIDA, B.S. / HOSPITAL ANA NERY;

Título: LITÍASE INTRA-HEPÁTICA NÃO ORIENTAL

Introdução: A hepatolitíase é uma doença definida pela obstrução biliar completa ou intermitente próxima a junção dos ductos hepáticos direito e esquerdo. Essa patologia, comum no Sudeste Asiático, representa cerca de 1% dos casos de cálculos biliares e é mais comum nas 5ª e 6ª décadas de vida. É uma doença de natureza benigna, cuja clínica se caracteriza principalmente por dor abdominal, náuseas, vômitos, icterícia e febre, ainda que alguns pacientes possam ser assintomáticos. Entretanto, a patologia pode evoluir com atrofia hepática, cirrose biliar e eventualmente colangiocarcinoma, diante dos quadros repetidos de colangite e estenoses dos ductos hepáticos. A hepatectomia segmentar é um tratamento possível para pacientes com estenose biliar ou atrofia hepática. Objetivo: Relatar caso de litíase intra-hepática na ausência de síndrome colestática. Materiais e métodos: As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário e registros dos achados intraoperatórios no Programa de Residência Médica do Hospital Ana Nery e revisão de literatura. Caso clínico: Mulher, 34 anos, menarca aos 12 anos, sexarca aos 17 anos, G2P1A1 (1 PN, 1 gravidez ectópica), DUM em 17/05/22. Nega alergias e tabagismo. Etilista social. Passado de abdome agudo, submetida a apendicectomia e salpingectomia simultâneas em 2020. Com história prévia de carcinoma renal de células claras, submetida à nefrectomia a esquerda em 2020. Realizou USG de abdome superior em 2020 que revelou litíase intra-hepática, apresentando uma crise álgica em abdome superior associada a náuseas. Neste ínterim, negou sintomas colestáticos. Em CPRM de 2021, notou-se litíase intra-hepática em ambos os lobos com sinais de pequenos abscessos colangiolíticos, dilatação de vias biliares e atrofia de lobo esquerdo, não podendo afastar colangite esclerosante primária e síndrome de PFIC (colestase intra-hepática familiar progressiva). Exames laboratoriais: AST 71 | ALT 88 | FA 205 | GGT 421 | TP 85% (15,1s) | RNI 1,12 | TTPA 28,5seg | BT 0,43 | BD 0,17 | BI 0,26 Submetida à lobectomia de seguimentos hepáticos II/III e colecistectomia em abr/22 com retirada de múltiplos microcálculos e lavagem da árvore biliar intra-hepática. Sem sinais de carcinomatose. Solicitado anatomopatológico. A paciente evoluiu sem intercorrências, no momento em acompanhamento ambulatorial. Conclusão: A ressecção hepática associada à colecistectomia é um procedimento possível no tratamento de pacientes com cálculos intra-hepáticos bilaterais e que cursam com atrofia segmentar, dessa forma, possibilitando maior sobrevida a pacientes com essa condição e diminuindo os riscos para a evolução para colangiocarcinoma.

Palavras-chave: HEPATOLITIASE; LITIASE INTRA-HEPATICA NÃO ORIENTAL; HEPATECTOMIA

ID: 113841

Área: FÍGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Isadora Marques Brum Gonçalves / Gonçalves, I. M. B. / ISCMSP; Joanna Domingues Zequini / Zequini, J. D. / FCMSCSP; Laíse Marine Moura de Sousa / Sousa, L. M. M. / FCMSCSP; Jessica Zilberman Macret / Macret, J.Z. / ISCMSP; Luiz Arnaldo Szutan / Szutan, L. A / FCMSCSP; Caroline Petersen da Costa Ferreira / Ferreira, C.P.C. / ISCMSP; Paulo Henrique Do Amor Divino / Divino, P.H.A. / ISCMSP; Maurício Alves Ribeiro / Ribeiro, M. A, / FCMSCSP;

Título: MÚLTIPLAS HEPATECTOMIAS EM PACIENTE COM HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE RELATO DE CASO

Introdução O Hemangioendotelioma epitelioide é um raro tumor primário do fígado. Apesar de ser um tumor de baixo grau, não existem fatores de risco bem estabelecidos o que torna seu diagnostico precoce difícil, mais de 75% dos doentes apresentam metástases regionais, pulmonares e ósseas. A única forma de tratamento com intensão curativa é a resseção das lesões, mas a multicentricidade das lesões torna a ressecção tecnicamente impossível em muitos casos, quando transplante hepático parece ser uma opção. Casuística e métodos Relato de caso e revisão da literatura. Relatamos caso de paciente com 21 anos, submetido a 3 hepatectomias nos últimos 4 anos. Sem antecedentes mórbidos, assintomático. Sorologias para Hepatite B e C negativas. Ca19-9, AFP e CEA normais. Primeira cirurgia realizada foi uma hepatectomia direita ampliada para segmento IVb e enucleação de nódulo em Seg III. Posteriormente realizou nova ressecção com enucleação de 3 nódulos. Em março de 2022 realizou 3 hepatectomia com enucleação de 3 nódulos (Seg I, II/III e IV e radiofrequência em quarto nódulo (segmento IV central junto a veia porta). Nas 3 cirurgias paciente teve boa evolução pós-operatória. Realizou cultura de tecido para pesquisa de Bartonella spp que foi negativa. Paciente atualmente encontra-se assintomático, com vida normal e sem evidências de recidiva. Conclusão Apesar de raro o Hemangioendotelioma epitelioide deve ser aventado em pacientes com lesões múltiplas e sem fatores risco para outros tumores primários malignos. Sua associação com a bactéria bartonella spp não está bem estabelecido, mas parece ser um caminho para futuros trabalhos.

Palavras-chave: Hemangioendotelioma epitelioide; hemangioendotelioma; hepatectomia

ID: 112928

Área: FÍGADO

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Caroline Daher Farat / Farat, C. D. / IGESP; Catherine Puliti Hermida Reigada / Reigada, C. P. H. / IGESP; Hésio Vicente Juliano / Juliano, H. V. / IGESP; Murilo Brandimarte / Brandimarte, M. / IGESP; Leonardo Vaz Barros / Barros, L. V. / IGESP; Luiz Paulo Vietti / Vietti, L. P. / IGESP; Bruno Alcantara Manica / Manica, B. A. / IGESP;

Título: SARCOMA EMBRIONÁRIO INDIFERENCIADO DO FÍGADO - RELATO DE CASO.

Introdução: O sarcoma embrionário hepático (SEH) é uma neoplasia mesenquimal de origem indeterminada que se caracteriza por apresentar componentes sólidos e císticos que podem apresentar pontos de necrose ou hemorragia quando em estágios avançados. É uma neoplasia maligna, que acomete na maior parte dos casos crianças e adolescentes entre a primeira e segunda década de vida, tendo pico de incidência em crianças a partir dos cinco anos de idade. Um bom exame de imagem associado à história clínica (idade de acometimento) e níveis de alfafetoproteina pode ajudar no diagnóstico pré-operatório. Entretanto, na prática clínica, principalmente quando a doença acomete outra faixa etária, chegamos ao diagnóstico apenas através do estudo anatomopatológico pós-cirúrgico. Dentre os diagnósticos diferenciais podemos citar o hemangioma, o hepatoblastoma, o cisto hidático, o cistoadenoma hepático e o linfangioma hepático. A ultrassonografia é o exame realizado inicialmente e ajuda na diferenciação dos componentes da lesão; entretanto, a ressonância magnética com auxílio de contraste hepato-específico (Primovist) é o padrão ouro para diferenciação de lesões hepáticas benignas e malignas, além de ser essencial para avaliação vascular e acometimento de estruturas adjacentes, auxiliando na definição de ressecabilidade da lesão. Relato de Caso: Este relato descreve o caso de uma paciente do sexo feminino de 16 anos, que deu entrada no pronto socorro de nosso serviço devido a quadro de dor abdominal vaga e recorrente, associado a forte dor em ombro direito e hiporexia. Paciente foi avaliada por nossa equipe, que optou por internar para realizar investigação. Dentre os exames de imagem foi realizada ressonância magnética de abdome que mostrou formação ovalada subcapsular hepática nos segmentos V e VIII do lobo direito e parte do segmento IV a. A lesão apresentava paredes finas, membranas internas irregulares e possíveis sinais de necrose ou hemorragia recente. A lesão media 14x12 cm e tinha íntimo contato com o diafragma. Diante deste achado, foi optado pela realização cirurgia de hepatectomia segmentar não regrada dos segmentos V e VIII e parte do IV, associado à exérese de porção diafragmática aderida à lesão. No estudo anatomopatológico e imuno-histoquimico da peça cirúrgica foi constatada uma neoplasia mesenquimal maligna de histogênese indeterminada e caracteres compatíveis com sarcoma embrionário hepático, com margens cirúrgicas livres. A paciente apresentou satisfatória evolução pós-operatória, recebendo alta hospitalar no sétimo pós-operatório e atualmente está em acompanhamento com a equipe de oncologia clínica para tratamento complementar e seguimento. Discussão: O SEH consiste em uma neoplasia maligna rara e de etiopatogenia pouco conhecida. Corresponde a apenas 7 % dos tumores primários do fígado. Deve ser lembrado como diagnóstico diferencial nas lesões hepáticas grandes e de características sólido-císticas, principalmente na população pediátrica.

Palavras-chave: sarcoma embrionário hepático; neoplasia de fígado; neoplasia de fígado em crianças

ID: 113614

Área: GINECOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruna Luiza Ribeiro Souto / SOUTO, B. L. R. / UFMT; Antonio Massayu Wakasugui Sobrinho / WAKASUGUI SOBRINHO, A. M. / UFMT; Ricardo Budtinger Filho / FILHO, R. B. / UFMT; Thainara Missassi Heller / Heller, T. M. / UFMT; Guilherme Pinheiro da Silva / PINHEIRO, G. / UFMT; Mateus Almeida / ALMEIDA, M. / UFMT; Samuel Newton Miguel Carvalho Campos / CAMPOS, S. N. M. C. / UFMT;

Título: ABDOME AGUDO POR PERFURAÇÃO UTERINA POR DISPOSITIVO INTRAUTERINO: RELATO DE CASO

Introdução: O Dispositivo Intrauterino (DIU) é o método contraceptivo de reversível de longa duração mais utilizado no mundo graças a diversos fatores, sendo eles seu custo-benefício, alta eficácia, segurança e facilidade em sua inserção. O momento após o parto é um período oportuno para se iniciar um método contraceptivo, sendo recomendada a colocação do DIU, seja ele de Cobre ou liberador de levonorgestrel, em até 48 horas ou após 4 semanas do parto, sendo considerado inserção em período pós-parto até 8 semanas após o parto. Dentre as possíveis complicações do uso de DIU, as mais comuns são posicionamento inadequado, dor pélvica e sangramento irregular, sendo que as complicações graves são raras, que incluem perfuração uterina. Vários fatores de risco para perfuração uterina têm sido descritos. Entre eles podemos citar a amamentação, o puerpério, a falta de experiência do profissional de saúde na realização do procedimento, a multiparidade, a nuliparidade e o histórico de parto cesáreo. Embora incomum, o processo de migração do DIU para a cavidade abdominal pode ocorrer espontaneamente após o momento de inserção do dispositivo. Vários mecanismos podem explicar a migração espontânea do DIU, incluindo perfuração uterina iatrogênica negligenciada, contração uterina espontânea, contração involuntária da bexiga, peristaltismo intestinal e movimento do líquido peritoneal. Muitas vezes tal processo é assintomático, mas pode estar associado a dor pélvica ou abdominal vaga. Relato de caso: Paciente, feminino, 22 anos, com história de inserção de DIU 44 dias pós parto natural, sem procedimentos intra-uterinos prévios, evoluindo com sangramento e dor em cólica autolimitados em pós procedimento imediato. Seguiu assintomática até reinício de sangramento uterino anormal após 20 dias da colocação do DIU, durante 1 mês, seguido de dor abdominal aguda, sendo então constatado, em exame de imagem, DIU extra-uterino em cavidade abdominal. Realizado videolaparoscopia com retirada do dispositivo. Paciente evoluiu com boa recuperação. Discussão: Constata-se então a necessidade de consideração da perfuração uterina por corpo estranho como causa de abdome agudo na mulher em idade fértil.

Palavras-chave: dispositivo intra-uterino; abdome agudo; laparoscopia

ID: 113467

Área: GINECOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Liege Graebin / Graebin, L. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Nathalia Ribeiro Pinho de Sousa / Sousa, N.R.P. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Karine Cipriani / Cipriani, K. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Douglas Carvalho Cogo / Cogo, D.C. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Arthur César Farah Ferreira / Ferreira, A.C.F. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Marina Ractz Bueno / Bueno, M.R. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Julia Pastorello / Pastorello, J. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Rafael Ribeiro Martini / Martini, R.R. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo;

Título: ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO TUMOR FILÓIDE MALIGNO

Introdução: Tumor filóide é uma rara patologia fibroepitelial da mama que pode se apresentar com amplo espectro de comportamento biológico, manifestando-se desde a forma indolente semelhante ao fibroadenoma benigno até formas mais agressivas com possibilidade de metástase e degeneração sarcomatosa. Correspondem a menos de 1% das neoplasias de mama, incidindo majoritariamente em mulheres com idade entre 42 e 45 anos. Alterações genéticas, a exemplo da Síndrome de Li-Fraumeni, têm sido associadas ao desenvolvimento dessa neoplasia. Manifesta-se clinicamente como uma massa multinodular, bem definida, móvel e dolorosa. Pode ter crescimento acelerado atingindo tamanhos de 1 a 41 cm, em média, promovendo distorção da arquitetura mamária. A metástase linfonodal é rara, porém aproximadamente 20% possuem linfonodomegalia axilar ao diagnóstico, sendo a maioria reacional. Lesões mamárias de grandes dimensões (> 3 cm) e acelerado crescimento são sugestivas de tumor filóide e devem ser investigadas radiologicamente. Na mamografia apresenta-se como massa polilobulada semelhante ao fibroadenoma, na ultrassonografia como lesão hipoecogênica e bem circunscrita. O diagnóstico é firmado histologicamente, preferencialmente por meio de core biopsy. Nesta análise, tumores malignos são caracterizados por atipias celulares, margens infiltradas e atividade mitótica alta. Considerando as particularidades no manejo do tumor filóide, objetivou-se relatar caso de apresentação maligna dessa neoplasia, discutindo opções terapêuticas viáveis. Descrição do caso: Paciente feminina, 31 anos, sem comorbidades, com surgimento de massa mamária esquerda, de crescimento acelerado, dolorosa. Realizada investigação complementar com imagens e biópsia. Lesão compatível com tumor filoide maligno. Submetida à mastectomia esquerda com ressecção de musculatura nas áreas de infiltração tumoral. Evolução clínica satisfatória e alta hospitalar no segundo dia de pós operatório. A análise patológica evidenciou tumor filóide maligno de 22 cm de dimensão e margens livres, distando a margem posterior 0,1 cm da neoplasia. Limite muscular comprometido por extensão direta da neoplasia. Por tratar-se de um tumor de alto risco e com impossibilidade de ampliação de margem, optou-se por quimioterapia e radioterapia adjuvante. Paciente segue em tratamento complementar. Discussão: O tratamento do tumor filóide maligno consiste na ressecção completa da lesão. Quando margem menor que 1 cm há indicação de ampliação de margem, ficando reservado para casos em que a margem adequada não pode ser alcançada, radioterapia adjuvante. A quimioterapia adjuvante é restrita a lesões malignas de grandes dimensões (> 10 cm) e com alto risco de recidiva. Conclusão: O manejo de tumores filóides malignos de grandes dimensões pode demandar, além de abordagem cirúrgica, terapêutica adjuvante pelo alto risco de recidiva. O manejo adequado dessa patologia possibilita sobrevida em 5 anos de 60 a 80% dos casos.

Palavras-chave: tumor filóide; mastectomia; câncer de mama

ID: 113386

Área: GINECOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Filipe Das Mercês Ramos da Silva / Silva, F.M.R / Hospital Ana Nery ; Naiah Enéas da Silva Almeida / Almeida, N. E S. / Hospital Ana Nery; Gabriel Silva Rocha / Rocha, G. S. / Hospital Ana Nery; Guilherme Cabral Tanuri Marques / Marques, G. C. T. / Hospital Ana Nery; Natalia Damasceno Almeida / Almeida, N. D. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Camile Santa Rosa e Silva / Silva, C. S. R. / Hospital Ana Nery; André Luis Barbosa Romeo / Romeo, A. L. B. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Ana Célia Diniz Cabral Barbosa Romeo / Romeo, A. C. D. C. B.. / Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública;

Título: DIU INTRA-ABDOMINAL EM HIPOCÔNDRIO / FLANCO ESQUERDOS: UM RELATO DE CASO

Introdução: Dentre os diversos métodos contraceptivos disponíveis, o dispositivo intrauterino (DIU de cobre) e seu análogo hormonal (DIU de progesterona) revelam-se como opções seguras e eficientes, sendo amplamente utilizados por mulheres em idade fértil, em todo o mundo. As complicações mais graves associadas ao uso desses dispositivos, apesar de relativamente incomuns, podem cursar com desfechos clínicos desfavoráveis, como nos casos de perfuração uterina, migração para órgãos adjacentes e formação de abscessos intra-cavitários. O deslocamento do DIU para órgãos intra-abdominais ocorre em cerca de 5 / 1000 inserções. O posicionamento uterino, período de lactação, paridade, abortamentos prévios e a experiência do profissional são alguns fatores descritos na literatura, associados a essa rara complicação. Esse processo pode ser decorrente do próprio procedimento de inserção, como uma lesão iatrogêginca, ou devido à inflamação crônica com subsequente erosão da parede uterina. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, 27 anos, submetida a colocação de DIU de Mirena há aproximadamente 90 dias da admissão, realizou ultrassonografia de controle que mostrou ausência de imagem do dispositivo intrauterino. À radiografia simples do abdome, foi evidenciado a presença do DIU entre o hipocôndrio e o flanco esquerdos. Optado então por aboradgem videolaparoscópica, cujo o inventário localizou a peça completamente envolta pelo grande epíploon, sendo removida sem intercorrências. A paciente obteve alta 6 horas após a cirurgia. Discussão: Acredita-se que a peristalse intestinal possibilite a migração do DIU para qualquer região da cavidade abdominal. Dessa forma, a radiografia simples de abdome e o exame ultrassonográfico são de grande valia para identificação do sítio de alojamento do artefato. A videolaparoscopia pode ser empregada com sucesso, tanto para localizar o dispositivo quanto para retirá-lo, com mínima agressão cirúrgica e resultado estético satisfatório.

Palavras-chave: Dispositivo Intra-uterino; Complicação; Corpo Estranho

ID: 112713

Área: GINECOLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Natalia / Diniz, N.O.D / Hospital Estadual Getulio Vargas; Igor Ciliento de Menezes / Menezes, I.C. / Hospital Estadual Getulio Vargas; Alex Lima Sobreiro / Sobreiro, A.L. / Hospital Estadual Getulio Vargas; Marcelo de Avila Trani Fernandes / Fernandes, M.A.T. / Hospital Estadual Getulio Vargas; Emerson Wesley de Freitas Cordeiro / Cordeiro, E.W.F. / Hospital Estadual Getulio Vargas; Laura Silva de Oliveira / Oliveira, L.S. / Hospital Estadual Getulio Vargas; Clara Licurgo Ferreira / Ferreira, C. L. / Hospital Estadual Getulio Vargas; Talita Dourado Rocha / Rocha, T.D. / Hospital Estadual Getulio Vargas;

Título: TUMOR RETRORRETAL OBSTRUTIVO - UM RELATO DE CASO

Este trabalho é um relato de caso de paciente CBS, sexo feminino 41 anos, com quadro de dor abdominal e alterações no padrão menstrual, urinário e evacuatório. Após realização de exames de imagem, identificada tumoração retrorretal grande, com efeito de massa obstrutiva em bexiga e colón sigmoide. A paciente em questão foi então submetida à cirurgia com ressecção da lesão além de histerectomia e sigmoidectomia à Hartmann. Em laudo histopatológico e imunohistoquímico, a lesão foi caracterizada como Leiomioma simplástico. O leiomioma simplástico ou atípico, é uma lesão rara encontrada em 0,5 a 1,0 por cento das neoplasias mesenquimais uterinas. Seu potencial biológico é determinado pelo índice mitótico e necrose tumoral, estimando-se como malignos aqueles com áreas de necrose ou aqueles com 10 ou mais de mitoses por campo. Devido à raridade desta lesão, assim como os poucos casos sintomáticos descritos, este relato de caso torna-se relevante para literatura e demonstra uma necessidade de aprofundamento no tema.

Palavras-chave: Leiomioma; Leiomioma simplastico; Tumor retrorretal

ID: 113817

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Juliana Campello Beck / Beck, JC / HSL-PUCRS; Bianca Luiza Rauber / Rauber, BL / HSL-PUCRS; Welton Yuri Fernandes da Silva / da Silva, WYF / HSL-PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / Zeferino, BR / HSL-PUCRS; Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, BF / HSL-PUCRS; Isabela Contin / Contin, I / HSL-PUCRS; Carolina Schwartz Dal Piva / Dal Piva, CS / HSL-PUCRS; Lucas Alano Sffair / Sffair, LA / HSL-PUCRS;

Título: CIRURGIA ELETIVA PARA HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DECASO

Introdução: A Hérnia de Amyand consiste na protrusão do apêndice cecal, inflamado ou não, no saco herniário inguinal e é uma patologia extremamente rara, com incidência de cerca de 0,5 a 1%. Ela é ainda mais incomum quando se apresenta do lado esquerdo, como no caso a ser relatado, e ocorre devido a um ceco flexível ou a sua má rotação. O diagnóstico geralmente é intraoperatório, especialmente quando o paciente não apresenta apendicite associada. Relato de caso: Paciente masculino, 74 anos, encaminhado ao serviço de cirurgia geral do Hospital São Lucas da PUCRS devido a hérnia inguinal bilateral, ambas pequenas e redutíveis, relatando sintomas apenas à direita. Devido a história prévia de leucemia linfocítica crônica e plaquetopenia, optado por cirurgia convencional em dois tempos. Realizada hernioplastia inguinal direita em setembro de 2020, com boa evolução pós-operatória e mantido seguimento ambulatorial. Retornou em terceira consulta pós operatória em outubro de 2021 referindo aumento de volume de hérnia a esquerda, agora com acometimento de bolsa escrotal, e sintomas álgicos ao realizar esforço físico. Negava sintomas de encarceiramento ou sinais flogísticos. Submetido a hernioplastia inguinal esquerda eletivamente em dezembro de 2021, sendo identificado em transoperatório hérnia direta e indireta com protrusão de apêndice cecal em defeito de parede posterior, sem sinais flogísticos. Realizada redução de saco herniário e de apêndice cecal e fechamento de defeito de parede posterior e colocação de tela de polipropileno sob técnica de Lichstenstein. Paciente teve boa evolução pós operatória, recebendo alta hospitalar no primeiro pós operatório e alta ambulatorial em consulta de retorno no 21º pós operatório, assintomático. Discussão: O tratamento da Hérnia de Amyand quando não está associada a apendicite aguda é um ponto controverso na literatura médica em relação à ressecção ou não do apêndice cecal. Nesse paciente, foi optada pela não ressecção devido ao potencial risco de contaminação sítio cirúrgico, da necessidade de ampliação da incisão e da doença de base do paciente que estava associada a plaquetopenia no momento da cirurgia. Esse relato demonstra que hérnia de Amyand deve fazer parte do diagnóstico diferencial de pacientes com hérnia inguinal também a esquerda e que se faz necessário o conhecimento das possibilidades terapêuticas frente ao achado para se individualizar o tratamento dos pacientes.

Palavras-chave: Hernia de amyand; Hernia inguinal; Tratamento cirúrgico

ID: 113613

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Thiago Lourenço de Albuquerque / Albuquerque, T. L. / UFPR; Eduardo Lopes Martins / Martins, E. L. / UFPR; Mariana Eugênia Zacharias Bonfim / Bonfim, M. Z. / UFPR; Emanuella Roberta Ina Cirino / Cirino, E. I. / UFPR; Vitoria Hibary Nati / Nati, V. H. / UFPR;

Título: CISTO DE INCLUSÃO PERITONEAL: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O cisto peritoneal, ou cisto de inclusão peritoneal ou ainda mesotelioma peritoneal cístico benigno é uma proliferação não neoplásica do mesotélio peritoneal reacional, muito provavelmente à processo inflamatório abdominal prévio, sem potencial de malignidade a despeito da possibilidade de metaplasia escamosa. A incidência é rara, com relatos de casos descritos na literatura e alguns estudos sobre suas características radiológicas, considerando ser uma doença de diagnóstico incidental radiológico, intra-operatório ou por quadro álgico abdominal. Mais comum em mulheres em idade pré-menopausa com histórico de manipulação ou inflamação pélvica prévia. Apresenta crescimento lento ao longo do tempo, podendo ser grande massa. Nesse contexto, objetivou-se relatar o presente caso. RELATO DE CASO: Paciente feminina de 68 anos, hipertensa com artroplastia de quadril, admitida com quadro de dor em hipocôndrio direito e fossa ilíaca direita de leve intensidade com 2 anos de evolução, sem sintomas associados ou perda ponderal. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, hemodinamicamente estável, afebril, com abdome doloroso à palpação difusa, sem peritonite e laboratorialmente não houve alterações inflamatórias ou infecciosas. Inicialmente realizou-se ultrassonografia que evidenciou lesão cística de 61x34mm em flanco direito, sem fluxo ao doppler e de conteúdo denso. Em seguida, tomografia computadorizada de abdome e pelve contrastada revelou cisto de paredes finas, regulares, conteúdo hipodenso entre planos gordurosos e superfície de cólon ascendente e porções internas da parede abdominal de 58x42x55mm, caracteristicamente benigno. Indicado videolaparoscopia que identificou cisto aderido ao peritônio em fossa ilíaca direita, sem comunicação com estruturas abdominais, realizada dissecção e liberação completa do cisto, sem violação da cápsula com retirada por incisão mediana infra-umbilical. Exame anatomopatológico revelou cisto peritoneal benigno revestido por epitélio simples, sem septações, pesando 70 gramas. Paciente apresentou evolução satisfatória com alta em primeiro pós-operatório, sem intercorrências em pós-operatório tardio e sem sinais de recidiva até o presente. DISCUSSÃO: Foi relatado caso de paciente feminina em idade pós menopausa, sem patologias pélvicas prévias ou cirurgias abdominais, incomum para essa patologia. Como em outros relatos, o diagnóstico ocorreu em investigação do quadro álgico abdominal e o cisto localizava-se em fossa ilíaca à direita, próximo à região mais frequentemente descrita: a pelve. Optado pelo procedimento cirúrgico para conclusão diagnóstica histológica e para tratamento da dor abdominal, a despeito da descrição de tratamento conservador. A complicação relacionada ao cisto é infertilidade e há possibilidade de complicações relacionadas ao procedimento, ambas ausentes no caso apresentado.

Palavras-chave: cisto peritoneal; mesotelioma peritoneal; mesotelioma cistico benigno

ID: 113478

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Wagner Gomes da Nóbrega Silva / Silva, W.G.N.S / Escola Paulista de Medicina; Luis Antônio Carício da Fonseca / Fonseca, LA.C. / Escola Paulista de Medicina; Ronara Gomes Pavoni / Pavoni, R.G / Escola Paulista de Medicina; Isadora Lagreca Garrafa Treptow / Treptow, I.L.G. / Escola Paulista de Medicina; Ramiro Colleoni / Colleoni, R. / Escola Paulista de Medicina; Elesiário Marques Caetano Junior / Caetano, E.M. / Escola Paulista de Medicina; Diego Adão / Adão, D. / Escola Paulista de Medicina;

Título: FECHAMENTO PROGRESSIVO DE PAREDE ABDOMINAL COM TRAÇÃO E PLICATURA DE TELA INLAY EM ABDOME ABERTO CONGELADO DEVIDO A PERFURAÇÃO DE SIGMOIDE POR CORPO ESTRANHO: RELATO DE CASO.

Introdução: A indicação de abdome aberto a pacientes com peritonite foi uma evolução da evisceração controlada e controle de danos. Evitar lesões de alças expostas em pacientes com peritonite cujo fechamento da parede abdominal é inviável é um importante desafio. Apresentamos caso de fechamento progressivo de parede abdominal com tração e plicatura de tela em ponte (inlay) em abdome aberto congelado secundário a perfuração de sigmoide por corpo estranho. Relato de caso: Este relato foi realizado em um hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com o Scare Guideline 2020 e com o consentimento do paciente. Homem, 52 anos, hígido previamente, procurou serviço de emergência com queixa de 5 dias de febre, parada da eliminação fecal, dor e distensão abdominal. Estava taquicárdico (117 bcpm), abdome tenso, doloroso difusamente, sem sinais de peritonite. Laboratório evidenciou leucocitose (27.000 céls/mm³ com 87% de segmentados) e aumento de proteína C reativa (60 mg/L). A tomografia computadorizada de abdome com contraste intravenoso mostrou falha da parede posterior do sigmoide, pneumoperitôneo e imagem hiperatenuante, de 3,4 cm, compatível com corpo estranho. Foi indicada laparotomia exploradora com rafia do ponto de perfuração. Evoluiu com deiscência, coleção retroperitoneal retrorrenal à esquerda (volume de 190 mL) e evisceração da parede abdominal. Realizada drenagem da coleção e peritoneostomia (Bogotá). Após estabilização clínica e controle infeccioso em 38 dias, foi reabordado com colectomia esquerda, preparo de cólon intraoperatório, anastomose primária, ileostomia protetora e aposição de tela de polipropileno inlay sobre saco plástico estéril. Foi submetido a múltiplas abordagens em leito para tração progressiva de aponeurose com plicatura de tela, de 2 em 2 dias, por 1 mês. Obteve-se a aproximação favorável ao fechamento primário com reconstituição da linha média, por small-bites, SL:WL 4:1, com polipropileno 2-0, incisão de Gibson e aposição de tela de polipropileno com poros grandes em topografia supra-aponeurótica (onlay), sem necessidade de separação de componentes e sinais de hipertensão abdominal. Evolui com melhora e alta hospitalar em 15 dias. Discussão: O abdome aberto é uma técnica de controle de danos no manejo da sepse de foco abdominal. O fechamento precoce da aponeurose é obrigatório quando houver controle infeccioso. Quando o fechamento precoce é inviável, técnicas de aproximação facial, como pressão negativa e tração mecânica são opções factíveis. A plicatura de tela tem a vantagem de ser de baixo custo e complexidade e com baixo risco de hipertensão intra-abdominal. Por ser possível realizar à beira leito, sem necessidade de anestesia, mostra-se como uma técnica fundamental em serviços sem acesso a outras tecnologias.

Palavras-chave: Peritoneostomia ; tela cirúrgica ; perfuração intestinal

ID: 113857

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruna Fagundes Rockenbach / ROCKENBACH, B. F. / HSL/PUCRS; Isabela Contin / CONTIN, I. / HSL/PUCRS; Welton Yuri Fernandes da Silva / SILVA, W. Y. F. / HSL/PUCRS; Juliana Campello Beck / BECK, J. C. / HSL/PUCRS; Bianca Luiza Rauber / RAUBER, B. L. / HSL/PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / ZEFERINO, B. R. / HSL/PUCRS; Carlos Eduardo Bastian da Cunha / CUNHA, C. E. B. / HSL/PUCRS;

Título: FÍSTULA COLO-SIGMOIDE ASSOCIADA A OBSTRUÇÃO INTESTINAL APÓS CORREÇÃO DE HÉRNIA INGUINAL RECIDIVADA ABERTA: UM RARO INCIDENTE

Introdução: O reparo aberto com tela para hérnia recidivada é uma opção técnica para hernioplastia inguinal recidivada. Dentre as raras complicações, há a obstrução intestinal por aderência da tela à parede intestinal e casos de migração de malha para órgãos. Nosso relato é com um paciente em que a retirada do sigmoide foi realizada por obstrução intestinal pela formação de fístula da tela com o sigmoide. Relato de caso: Paciente masculino, 67 anos, história prévia de hipertensão arterial sistêmica. Realizou herniorrafia inguinal esquerda recidivada e, com 3 meses de pós operatório, iniciou com mudança de hábito intestinal, constipação e fezes afiladas. Procurou hospital por distensão abdominal e constipação. Realizou tomografia computadorizada com adensamento dos planos adiposos ao nível do canal inguinal esquerdo, observando-se sinais de possível defeito de continuidade na região inguinal esquerda com protrusão de gordura e sinais de espessamento parietal ao nível da transição entre cólon descendente e sigmoide na região da fossa ilíaca esquerda, com redução abrupta do calibre de alça deste segmento, associado a áreas de densificação/infiltração de planos adiposos adjacentes, acompanhado de distensão fecal dos cólons a montante, de natureza indeterminada e colonoscopia com estenose puntiforme em colon descendente com áreas de estenose com bordos regulares, ulcerados e recobertos por fibrina. Paciente é transferido para Hospital terciário para seguimento do tratamento. Realizada sigmoidectomia com anastomose primária, identificada em transoperatório tumoração em região de sigmoide aderido à parede abdominal com infiltração de tecido adiposo contido em hérnia inguinal esquerda. Paciente evolui bem no pós operatório. Anatomopatologico com resultado de ulceração de mucosa e trajeto fistuloso transmural, associado a inflamação supurativa extensa e granulomas de corpo estranho, possivelmente relacionado à tela. Discussão: Na revisão da literatura, não foram encontrados relatos de obstrução intestinal associado a fístula colo-sigmoide. Encontramos o relato de sete casos de fístulas colocutâneas após correção de hérnia inguinal aberta. Seis deles envolveram hérnia inguinal esquerda e cólon sigmóide; cinco dos seis utilizaram a técnica de plug and patch e o restante empregou a técnica de Lichtenstein. As fístulas apresentaram-se em média cinco anos após a cirurgia e média de três anos. A do nosso paciente foi encontrada com 3 meses de pós-operatório. Em conclusão, apresentamos um caso incomum de fístula entre tecido subcutâneo inguinal esquerdo e o sigmoide após correção de hérnia inguinal recidivada. Com o contato entre a tela e o segmento de sigmoide resultou em inflamação, ocorreu a obstrução intestinal. A migração da tela pode ser justificada devido a comorbidades do paciente, qualidade do tecido, infecção da tela ou de natureza mecânica. É importante fechar completamente o peritônio ao colocar a tela para evitar esta rara complicação.

Palavras-chave: hérnia inguinal recidivada; fístula colo-sigmoide; obstrução intestinal

ID: 113442

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Giovanna Patricio Feltrin / Feltrin. G,P / Hospital Sao Jose Criciuma ; Julio Cesar de Luca Filho / De Luca, J.C / Hospital Sao Jose Criciuma; Rubens Thadeu Mangili / Mangili, R.T / Hospital Sao Jose Criciuma; Jose Guezzi Junior / Guezzi, J.J / Hospital Sao Jose Criciuma; Fabricio de Souza Bitencourt / Bitencourt, F.S / Hospital Sao Jose Criciuma;

Título: HERNIA DE AMYAND: UM RELATO DE CASO

Paciente VSC, masculino, 63anos, hipertenso e hipotireoideo, vem ao ambulatório de Cirurgia Geral encaminhado pela UBS devido a hernia inguinal a direita há aproximadamente 1 ano. Ao exame fisico foi identificada hernia inguinal a direita redutivel. Traz consigo Ultrassonografia da região inguinal evidenciando hernia inguinal a direita, colo 0,5 cm, com protrusão do apêndice cecal. Submeteu-se a hernioplastia inguinal direita, eletiva, após dois meses. Após realização de inguinotomia foi identificado defeito indireto associado a fraqueza da parede posterior, compatível com NYHUS IIIB. Isolado saco herniario, contendo o ceco e apêndice vermiforme não patológico . Realizado ligadura do mesoapendice e apendicectomia. Posteriormente reforçado parede posterior aproximando o tendão conjunto com o ligamento inguinal e correçao do defeito inguinal com tela de polipropileno sob a técnica de Lichtenstein. As hérnias da parede abdominal consistem em protrusões do conteúdo abdominal através de áreas de maior fraqueza ou defeito adquirido ou congênito da parede. Sendo a Hérnia de Amyand uma entidade rara, evidenciando a protrusão do apêndice vermiforme, patológico ou não, no saco herniario. Estima-se uma prevalência de 0,4 a 0,6% da hérnias inguinais. Quando associada a inflamação do apêndice a prevalência é de apenas 0,1%. A abordagem cirúrgica na hérnia de Amyand ainda traz discussão e controvérsias. Quando identificado apêndice vermiforme inflamado todos cirurgiões concordam com a realização de apendicectomia. Mas é quando o apêndice não é patológico? Ai que entra a grande discussão, sendo que muitos cirurgiões defendem a realização da apendicectomia de oportunidade, por diminuir o risco de reicidiva herniaria e pelo risco de inflamação do apêndice após a manipulação do mesmo para reposiciona-lo na cavidade peritoneal. Aqueles que vão contra a realização da apendicectomia de oportunidade, defendem que o procedimento adiciona risco de contaminação ao campo cirúrgico, elevando o numero de infecções superficiais e profundas. Outro ponto de discordância seria a utilização ou não de tela para correção do defeito herniario, sendo que ao identificar apêndice inflamado no saco herniario, haveria aumento do risco de infecção do sitio cirúrgico e de fistulização. Sendo que a maioria dos estudos tende a contraindicam a utilização da tela, caso haja grande contaminação do sítio cirúrgico, abcesso ou conteúdo fecal no local.

Palavras-chave: Hernia; Amyand; Apendice

ID: 113353

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Flávio Rossi da Silva / Silva, F. R / HC FMUSP; Jocielle Santos de Miranda / Miranda, J. S / HC FMUSP; Henrique Simonsen Lunardelli / Lunardelli, H. S / HC FMUSP; Flávio Roberto da Silva / Silva, F. R. / HC FMUSP; Roberta Muniz Marques / Marques, R. M / HC FMUSP; Dr. Edivaldo Massazo Utiyama / Massazo, E. M / HC FMUSP; Claudio Augusto Birolini / Birolini, C. A / HC FMUSP;

Título: HÉRNIA ABDOMINAL GIGANTE

INTRODUÇÃO Hérnias incisionais são consideradas gigantes quando a relação entre os volumes da hérnia e da cavidade abdominal é maior do que 25%. São defeitos de parede abdominal complexos e que exigem grande capacidade técnica e planejamento adequado para a sua correção cirúrgica. (TANAKA et. al, 2010) RELATO DE CASO Esse relato foi realizado em um hospital quaternário de centro urbano. B.M.G, feminino, 65 anos. Apresentava hérnia incisional gigante com perda de domicílio secundária à incisão de Davis ampliada, por apendicite complicada. O primeiro passo da programação para correção da hérnia foi a adequação de IMC da paciente e a realização de um sleeve gástrico. Posteriormente, foi submetida a pneumoperitônio progressivo. Após todo o preparo pré-operatório, foi realizada hernioplastia incisional com fechamento fisiológico da aponeurose, incisões relaxadoras de Gibson e colocação de tela de polipropileno onlay. Paciente evoluiu satisfatoriamente no pós-operatório, apenas com pequena área de necrose de pele e subcutâneo em região medial da FO no 10°PO, que cicatrizou após cuidados locais. DISCUSSÃO: Hérnias incisionais gigantes são um problema de saúde complexo que poucos centros no Brasil e no mundo conseguem resolver. É preciso um estudo detalhado das comorbidades e realizar um pré operatório adequado para alcançar desfecho favorável. Além da realização de pneumoperitônio progressivo, uma das opções para tornar viável a cirurgia, é a realização de gastrectomia vertical antes da correção da hérnia gigante, visando um melhor controle das comorbidades clínicas. A preparação pode levar meses à anos, sendo essencial expor todos os detalhes, potenciais riscos e complicações ao paciente e seus familiares. REFERÊNCIAS: Tanaka, E.Y., Yoo, J.H., Rodrigues, A.J. et al. A computerized tomography scan method for calculating the hernia sac and abdominal cavity volume in complex large incisional hernia with loss of domain. Hernia 14, 63□69 (2010). https://doi.org/10.1007/s10029-009-0560-8

Palavras-chave: Hérnia Gigante; Tanaka score; Complex Large incisional Hernia with loss of domain

ID: 113595

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Germano de Araújo Jatobá Leite / Jatobá, G. A. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Jose Roberto Cavalcanti de Novais / Novais, J. R. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Inácio Pereira Aguiar Junior / Aguiar, I. P. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Lívia Aglaia Soares Maia de Carvalho / Maia, L. A. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Amanda Rodrigues da Silva / Silva, A. R. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; Nayron Arthur Correia Farias / Farias, N. A. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho; João Antonio Jacinto de Oliveira / Oliveira, J. A. / Universidade Tiradentes; Jhonat Thalyson da Silva / Silva, J. T. / Hospital Nossa Senhora do Bom Conselho;

Título: HÉRNIA DE AMYAND

Hérnias são protrusões anormais de conteúdo intra-abdominal entre defeitos na fáscia da parede abdominal. Podem ocorrer em diversos locais do abdômen, entretanto predominam na região inguinal (75%), mais especificamente do lado direito. A presença do apêndice vermiforme (inflamado ou não) dentro do saco herniário é infrequente, quando ocorre é denominada hérnia de Amyand e é uma ocorrência rara. Na literatura, sua incidência reportada está em torno de 1% de todas as hérnias. Por sua vez, ainda menos frequente é o achado de apendicite aguda dentro da hérnia inguinal, que representa 0,1% dos casos. Esse presente relato tem como objetivo descrever um caso de hérnia de amyand associado à apendicite, focando no tratamento. Homem, 68 anos, previamente hígido, com história de dor abdominal intensa há 2 dias, acompanhada de abaulamento doloroso e sinais flogísticos na região inguinal direita. Além disso, refere febre e náusea. Ao exame físico apresentava dados vitais dentro da normalidade e abdome globoso, flácido, doloroso à palpação profunda em fossa ilíaca direita, na qual notava-se abaulamento não redutível e doloroso. Logo, com o diagnóstico de hérnia inguinal direita encarcerada, foi indicada a intervenção cirúrgica de urgência. Prosseguiu-se com a inguinotomia direita, após a exploração do saco herniário, identificou a presença do apêndice cecal com hiperemia. Diante do achado, avançou com a realização da laparotomia, em seguinda reduziu o apêndice para a cavidade abdominal e avançou com apendicectomia. Para a correção da hérnia inguinal foi empregada a técnica de Shouldice. A classificação de hérnias de Amyand foi proposta inicialmente por Losanoff e Basson e foi modificada por Rikk, ela se baseia no tipo de hérnia inguinal e em como o apêndice se encontra. Os sinais clínicos da hérnia de Amyand são inespecíficos e dependem da associação do quadro de apendicite aguda. Quando não associada ao quadro inflamatório agudo, os sinais clínicos correspondem aos sinais da presença da hérnia, como inchaço da região inguinal e dor, principalmente aos esforços. Na presença de quadro inflamatório agudo, a dor abdominal é mais intensa do que a referida na hérnia inguinal não complicada. O diagnóstico pré-operatório é incomum, uma vez que geralmente não são realizados exames de imagem, em virtude da apresentação encarcerada ou estrangulada que motiva operação de urgência. Apesar da abordagem cirúrgica inicial ser independente do conteúdo do saco herniário, surge controvérsia acerca da decisão de realizar ou não a excisão do apêndice sem alterações patológicas no contexto de uma hérnia de Amyand. A maioria dos cirurgiões aceita a noção de preservar o apêndice se for normal, haja vista tal conduta ajudará na recuperação pós-operatória. O uso de tela é tradicionalmente contraindicado nos casos de um apêndice inflamado ou perfurado.

Palavras-chave: Hérnia de Amyand; Hérnia Inguinal; Apendicite

ID: 113498

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Vinicius Costa Lopes / Lopes, V. C. / FAMERP; Sérgio Luis Aparecido Brienze / Brienze, S. L. A / FAMERP; Letícia Vieira Guerrer / Guerrer, L. V. / FAMERP; Gabriela Gouvea Silva / Silva, G. G. / FAMERP; Vanessa Costa Muniz / Muniz, V. C. / FAMERP; Laís Yumi Takaoka / Takaoka, L. Y. / FAMERP; Matheus Castro de Almeida / Castro, M. A. / FAMERP;

Título: HÉRNIA DE AMYAND - RELATO DE CASO

Introdução: A hérnia de Amyand (HA) é um evento raro que consiste na localização do apêndice vermiforme, com ou sem inflamação, no interior do saco herniário inguinal. Este estudo tem como objetivo relatar o caso e o manejo de um paciente jovem do sexo masculino com HA diagnosticada por tomografia computadorizada de abdome. Relato: Paciente de 33 anos deu entrada no pronto atendimento com queixa de abaulamento súbito em região inguinal direita há 10 horas, associado a dor abdominal intensa no quadrante inferior direito do abdome. Relata que há 1 ano havia sido diagnosticado com hérnia inguinal ipsilateral, e que abaulamentos semelhantes já haviam ocorrido, porém nunca tão dolorosos, e sempre redutíveis espontaneamente. Ao exame físico, o paciente apresentava hérnia inguinal direita, redutível no momento da avaliação. O abdome era plano, tenso, doloroso à palpação superficial e profunda de fossa ilíaca direita, com sinal de blumberg positivo. Exames laboratoriais sem alterações. Após redução espontânea, mas com persistência de dor abdominal, optou-se pela realização de TC de abdome, que evidenciou pequena hérnia inguinal à direita, apresentando conteúdo de gordura omental em seu interior e associado à processo inflamatório local, sem sinais sugestivos de sofrimento de alças. Na fase tardia observou-se apêndice cecal no interior do canal inguinal direito (Hérnia de Amyand). Foi indicado então tratamento cirúrgico, com evidência de hérnia inguinal indireta Nyhus II, com saco herniário contendo em seu interior apêndice cecal com sinais flogísticos (apendicite fase 1). Realizada hernioplastia inguinal direita pelo método de Lichtenstein e apendicectomia por técnica aberta, sem intercorrências. Paciente permaneceu internado por 24 horas após a cirurgia, com boa evolução pós-operatória, e recebeu alta no dia 16 de janeiro. No retorno foi checado anatomopatológico da peça enviada, que mostrou apendicite aguda. Discussão: É denominada hérnia de Amyand o quadro de encarceramento do apêndice cecal dentro da hérnia inguinal. Esse é um evento raro, cerca de 0,19%-1,7% dos casos de hérnia notificados, sendo a incidência dos casos associados a apendicite ainda mais rara, cerca de 0,07-0,13%. É encontrado mais frequentemente em crianças e em homens, sendo o lado direito predominante. Diversas teorias para a ocorrência da HA foram propostas, como apêndice longo apontando para região da virilha, reflexões peritoneais e ceco redundante, o que favorece o encarceramento do apêndice em saco herniário. Acredita-se que esse encarceramento gera compressão extraluminal, causando edema local e estrangulamento. A apresentação clínica é variável, dependendo do momento do diagnóstico. Os principais diagnósticos diferenciais são torção testicular, funiculite, hérnia de Richter e hérnia inguinal estrangulada. O diagnóstico geralmente é feito durante tratamento cirúrgico, que consiste em apendicectomia ou não, seguido de reparo da hérnia com ou sem tela.

Palavras-chave: hérnia inguinal; hérnia de Amyand; apendicite aguda

ID: 113785

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Juliana Campello Beck / Beck, J. C. / HSL-PUCRS; Bianca Luiza Rauber / Rauber, B. L. / HSL-PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / Zeferino, B. R. / HSL-PUCRS; Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, B. F. / HSL-PUCRS; Isabela Contin / Contin, I / HSL-PUCRS; Welton Yuri Fernandes da Silva / Silva, W. Y. F / HSL-PUCRS; Lucas Alano Sffair / Sffair, L. A. / HSL-PUCRS;

Título: HÉRNIA DE AMYAND À ESQUERDA: UM RELATO DE CASO

Introdução: A Hérnia de Amyand consiste na protrusão do apêndice cecal, inflamado ou não, no saco herniário inguinal e é uma patologia extremamente rara, com incidência de cerca de 0,5 a 1%. Ela é ainda mais incomum quando se apresenta do lado esquerdo, como no caso a ser relatado, e ocorre devido a um ceco flexível ou a sua má rotação. O diagnóstico geralmente é intraoperatório, especialmente quando o paciente não apresenta apendicite associada. Relato de caso: Paciente masculino, 74 anos, encaminhado ao serviço de cirurgia geral do Hospital São Lucas da PUCRS devido a hérnia inguinal bilateral, ambas pequenas e redutíveis, relatando sintomas apenas à direita. Devido a história prévia de leucemia linfocítica crônica e plaquetopenia, optado por cirurgia convencional em dois tempos. Realizada hernioplastia inguinal direita em setembro de 2020, com boa evolução pós-operatória e mantido seguimento ambulatorial. Retornou em terceira consulta pós operatória em outubro de 2021 referindo aumento de volume de hérnia a esquerda, agora com acometimento de bolsa escrotal, e sintomas álgicos ao realizar esforço físico. Negava sintomas de encarceiramento ou sinais flogísticos. Submetido a hernioplastia inguinal esquerda eletivamente em dezembro de 2021, sendo identificado em transoperatório hérnia direta e indireta com protrusão de apêndice cecal em defeito de parede posterior, sem sinais flogísticos. Realizada redução de saco herniário e de apêndice cecal e fechamento de defeito de parede posterior e colocação de tela de polipropileno sob técnica de Lichstenstein. Paciente teve boa evolução pós operatória, recebendo alta hospitalar no primeiro pós operatório e alta ambulatorial em consulta de retorno no 21º pós operatório, assintomático. Discussão: O tratamento da Hérnia de Amyand quando não está associada a apendicite aguda é um ponto controverso na literatura médica em relação à ressecção ou não do apêndice cecal. Nesse paciente, foi optada pela não ressecção devido ao potencial risco de contaminação sítio cirúrgico, da necessidade de ampliação da incisão e da doença de base do paciente que estava associada a plaquetopenia no momento da cirurgia. Esse relato demonstra que hérnia de Amyand deve fazer parte do diagnóstico diferencial de pacientes com hérnia inguinal também a esquerda e que se faz necessário o conhecimento das possibilidades terapêuticas frente ao achado para se individualizar o tratamento dos pacientes.

Palavras-chave: Hérnia; Amyand; Esquerda

ID: 113244

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Brenda Ritta Zeferino / Zeferino / HSL-PUCRS; Bianca Luiza Rauber / Rauber, BR / HSL-PUCRS; Juliana Campello Beck / Beck, JC / HSL-PUCRS; Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, BF / HSL-PUCRS; Agatha Schommer / Duarte, CD / HSL-PUCRS; Alessandra Dalla Rosa Santini / Santini, ADR / HSL-PUCRS; Marco Giovanni Signor / Signor, MG / HSL-PUCRS; Christina Camapan Duarte / Duarte, CD / HSL-PUCRS;

Título: HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A hérnia de Amyand é uma condição rara, descrita como hérnia inguinal com conteúdo composto pelo apêndice vermiforme, com grande risco de apendicite associada.1 Sua incidência varia de 0,19% a 1,7% da população. A maior parte acomete o lado direito e faixa etária pediátrica devido à patência do processo vaginal em crianças e localização do apêndice no lado direito do corpo humano. Em geral, é assintomática, apresentando apenas uma massa palpável irredutível na região inguinal direita, ficando os sintomas agudos relacionados aos casos de encarceramento. O diagnóstico costuma ser acidental durante procedimento cirúrgico para hernioplastia ou via tomografia em casos de abdome agudo para diagnóstico diferencial. A abordagem terapêutica costuma ser apendicectomia via herniotomia, com reparo primário da hérnia, sendo a via laparoscópica vantajosa como diagnóstica e terapêutica para detectar o tipo e a natureza da hérnia, além do estado do apêndice. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 55 anos, previamente hígido, procurou atendimento de emergência por dor inguinal há 5 dias intermitente, com evolução, após 3 dias, com aumento de volume em região inguino-escrotal e surgimento de vômitos e calafrios. Negava alterações de hábitos intestinais. No exame abdominal, apresentava em região inguinal direita, abaulamento de difícil palpação, devido à dor intensa local. Exames complementares, demonstravam laboratorial com leucocitose e imagem em tomografia contrasta de abdome com identificação de hérnia inguinal indireta à direita, observando-se conteúdo tubuliforme sugestiva de apêndice cecal com sinais de processo inflamatório local. Formalizado o diagnóstico de hérnia de amyand, iniciou-se antibioticoterapia e o paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico. Procedimento se deu por videolaparoscopia, identificando-se apêndice cecal dentro de saco herniário em fossa ilíaca direita. Realizada apendicectomia e, devido à presença de pus na cavidade, optado por adiamento de colocação de tela para correção do defeito da parede abdominal. Resultado de anatomopatológico confirmou apendicite aguda supurativa necrohemorragica. Paciente apresentou adequada recuperação e evolução pós-operatória, recebendo alta 1 dia após. DISCUSSÃO: A hérnia de Amyand é um desafio diagnóstico devido a sua raridade e apresentação clínica facilmente confundível com outros quadros de abdome agudo, principalmente a apendicite aguda. Discute-se na literatura a necessidade da remoção do apêndice quando não inflamado e correção do defeito da parede quando em vigência de apendicite. Devido à raridade dessa comorbidades, são necessários mais estudos que comprovem os benefícios dessas condutas em particular. O relato desse caso traz mais informações sobre o diagnóstico e a técnica cirúrgica empregada para um desfecho favorável do quadro.

Palavras-chave: Apendicite aguda; Hérnia de Amyand; Hérnia Inguinal

ID: 113500

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Yan Heringer de Oliveira / Oliveira, Y. H. / Unifacig; Mauro Garcia da Silva / Silva, M. G. / Hospital Cesar Leite; Mateus Felipe Moreira Melania / Melania, M. F. M. / Unifacig; Caio de Almeida Sanches Toledo / Toledo, C. A. S. / Unifacig;

Título: HÉRNIA DE AMYAND: RELATO DE CASO.

Introdução: A hérnia de Amyand se caracteriza pela presença do apêndice vermiforme (inflamado ou não) no interior do saco de uma hérnia inguinal. Uma patologia rara vista em aproximadamente 1% de todas as hérnias, complicações dela, como apendicite aguda, são ainda mais raras, cerca de 0,1%. Suas manifestações clinicas são idênticas a uma hérnia inguinal comum, em casos de apendicite aguda sua apresentação se assemelha a uma hérnia estrangulada. Seus diagnostico perioperatório é incomum, sendo na grande maioria dos casos uma achado intraoperatório incidental. Caso clinico: Este artigo relata um caso de um paciente do sexo masculino de 56 anos, obeso, que compareceu ao ambulatório de cirurgia geral com uma hérnia inguinal direita, não complicada, sendo realizado todo pré operatório em regime ambulatorial e posteriormente realizado a hernioplastia. Durante o ato cirúrgico identificou presença de apêndice cecal dentro de saco herniário, sem sinais de inflamação ou presença de secreções. Sendo então realizado redução do apêndice para o interior da cavidade, sepultamento de saco herniário, e em seguida colocação de tela sintética livre de tensão. Paciente evoluiu bem no pós operatório, recebendo alta 24 h após o procedimento. Discussão: A presença do apêndice cecal como conteúdo de hérnias inguinais é de fato raro, mas como as hernioplastias inguinais é uma das cirurgias mais comuns do cirurgião geral, ao longo da vida todos irão de deparar com pelo menos uma caso desse, sendo então a importância da sua discussão, e estabelecimento de quando indicar ou não a apendicectomia, e colocação ou não de telas sintéticas. Fernando e Leelartre estabeleceram uma classificação para as Hérnias de Amyand e o tratamento adequado para cada um subtipo delas. Subdividiu-as em tipo A (Apêndice normal), B (Apendicite aguda) e C (Apendicite aguda com perfuração), e definiu como tratamento para cada caso respectivamente: Reparação com prótese sem abordagem do apêndice; Apendicectomia, reparação da hérnia sem prótese; Apendicectomia, reparação da hérnia sem prótese (por incisões diferentes se abcesso ou peritonite). Entretanto há divergências na literatura a respeito do tratamento intitulado em cada caso, sendo assim, necessitando de um estudo maior para determinação da melhor abordagem cirúrgica para cada caso.

Palavras-chave: Hérnia de amyand; Apendicite aguda; Hérnia inguinal

ID: 113566

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rafaella Tomomi Oishi / OISHI, R. T. / Universidade Federal do Paraná; Flávia Fernanda França / FRANÇA, F. F. / Universidade Federal do Paraná; Jonas Takada / TAKADA, J. / Departamento de Cirurgia, Universidade de São Paulo; Luan Zacarias Nunes / NUNES, L. Z. / Universidade Federal do Paraná; Izabella Maria Lopes Titon / TITON, I. M. L. / Universidade Federal do Paraná; Rayana Endy Maziero / MAZIERO, R. E. / Universidade Federal do Paraná; Raquel Laís Kreuz / KREUZ, R. L. / Universidade Federal do Paraná;

Título: HÉRNIA DE BOCHDALEK TARDIA NA GESTAÇÃO: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A Hérnia de Bochdalek (HB), também conhecida como Hérnia Diafragmática Congênita posterolateral, ocorre pela falha da fusão completa do forame diafragmático posterolateral, resultando em uma herniação de conteúdos abdominais na cavidade torácica. A incidência é de 1 em 2200-12500 nascidos vivos, raramente ocorre em adultos e 80-90% dos casos ocorrem no lado esquerdo. O objetivo do atual relato de caso é descrever o quadro de uma apresentação tardia da Hérnia de Bochdalek à esquerda em uma paciente sintomática durante a gestação e os desafios presentes no manejo cirúrgico. RELATO DE CASO: D.P.F, 24 anos, sexo feminino, branca, G3P1C1, com 33 semanas e 5 dias de gestação, sem histórico de trauma ou cirurgia toracoabdominal. Admitida em hospital terciário, ao exame físico apresentava dor abdominal em epigástrio e desconforto respiratório, saturando 92% com 7 L/min de O2. A tomografia computadorizada evidenciou herniação diafragmática para hemitórax esquerdo, contendo segmentos do cólon transverso, delgado e estômago. Como medida terapêutica, foi submetida a parto cesárea por risco materno, seguida de conversão cirúrgica para laparotomia. Durante a exploração da cavidade torácica, foi visualizado um defeito diafragmático posterior, resultando em um encarceramento de estômago, cólon, intestino delgado e baço para a cavidade torácica, sem sinais de sofrimento de órgãos. Após a redução total das estruturas, realizou-se herniorrafia diafragmática, com reforço diafragmático por tela de polipropileno e interposição de patch omental. Recebeu alta hospitalar no 23º dia de PO, com FO apresentando boa cicatrização e melhora do quadro clínico. DISCUSSÃO: A Hérnia de Bochdalek é caracterizada por um defeito congênito na região posterolateral do diafragma, muito raro em adultos, correspondendo a 0,17-6% de todas as hérnias diafragmáticas. Muitos adultos tem apresentação assintomática, mas também podem assumir sintomas atípicos crônicos, como dispneia, dor torácica e derrame pleural. Na suspeita clínica, a tomografia computadorizada possibilita avaliar o defeito diafragmático e o conteúdo herniado para a cavidade torácica. O tratamento da HB inclui a redução do conteúdo abdominal e a reparação do defeito através de laparotomia ou toracotomia. Questionamos se o aumento da pressão intra-abdominal secundariamente à gestação pode ter influenciado na iminência dos sintomas e na migração de conteúdo abdominal. A paciente não apresentava antecedentes de trauma ou cirurgia, e a TC, realizada anteriormente à gestação, já evidenciava herniação. Apesar da apresentação complicada associada a gestação em curso, o procedimento cirúrgico foi realizado com sucesso e resultou em uma melhora clínica significativa da paciente.

Palavras-chave: Hérnia de Bochdalek; Hérnias Diafragmáticas Congênitas; Gestação

ID: 112482

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bernardo Pires Sampaio / Sampaio, B.P. / Casa de Saúde Santa Marcelina; Matheus de Oliveira Veras / Veras, M.O. / Casa de Saúde Santa Marcelina; Miellio de Melo Galdino / Galdino, M.M. / Casa de Saúde Santa Marcelina; Marco Aurélio Arantes / Arantes, M.A. / Casa de Saúde Santa Marcelina; Alexander de Sá Rolim / Rolim, A.S. / Casa de Saúde Santa Marcelina; Laércio Robles / Robles, L. / Casa de Saúde Santa Marcelina;

Título: HÉRNIA DE SPIEGEL NA SALA DE EMERGÊNCIA: RELATO DE CASO

Hérnia de Spiegel (HS) é patologia rara de parede abdominal decorrente de defeito na aponeurose de Spiegel. Geralmente se apresenta de forma unilateral, com sintomatologia vaga, sendo necessária elevada suspeição clínica para realização de diagnóstico e seu tratamento. Feminina, 74 anos, tabagista (15 maços-ano), trazida ao PS por dor abdominal há 10 dias e piora há 6 horas, em fossa ilíaca direita (FID), acompanhada de náusea e vômitos. Abdome assimétrico, com abaulamento em FID, não redutível e sem sinais flogísticos locais. Ruídos hidroaéreos diminuídos. Ao toque retal, ausência de fecaloma. TC ABD/PELVE apresenta distensão de alças de delgado, sem líquido livre, e herniação em parede anterior paramediana à direita. Indicada herniorrafia laparotômica por incisão específica que evidenciou saco herniário se insinuando por entre músculo oblíquo interno e músculo oblíquo externo através de defeito estimado em cerca de 4,5 cm. À exploração do saco herniário, identificado segmento de íleo distal acotovelado em região antimesentérica, de cerca de 2,0 cm, aderido ao saco herniário. Procedida lise de bridas com evisceração de íleo e ceco. Região de íleo distal supracitada há cerca de 5,0 cm da válvula íleo-cecal, viável, com peristaltismo preservado. Realizada redução do conteúdo do saco herniário com correção do defeito com sutura contínuo com poliglactina 1. Após, procedeu-se à alocação de tela de polipropileno interaponeurotica, fixada com pontos simples de polipropileno 2-0. Realizada síntese da aponeurose do músculo oblíquo externo com pontos de poliglactina 1, e síntese da pele com pontos de nylon 3-0. Optado por não realizar drenagem de tecido celular subcutâneo. Paciente evoluiu sem complicações, com alta em 1° PO. Na consulta de avaliação aos seis meses após a cirurgia a doente encontrava-se assintomática e sem sinais de recidiva. A HS é patologia rara da parede abdominal, representando 0,1% a 2,4% de todas as hérnias da parede abdominal. A maioria das HS são de pequeno tamanho (1-2 cm), são mais frequentes no lado direito e se desenvolvem durante a quarta até a sétima década de vida. Os pacientes em geral apresentam-se com dor localizada na região, sem uma protuberância/abaulamento, porque a hérnia se localiza abaixo da aponeurose do músculo oblíquo externo. Quanto aos exames complementares na propedêutica diagnóstica, tanto a ultrassonografia como a tomografia computadorizada de abdome podem ser úteis para estabelecer o diagnóstico. Até o momento, não há referências na literatura que possam nos direcionar favoravelmente para uma via de abordagem única. De forma geral, para pacientes com diagnóstico de HS não complicada, abordagem laparoscópica extraperitoneal tem se consolidado como técnica de escolha, reservando a via intra-abdominal para os casos em que há indicação de intervir em algum outro processo que necessite de acesso à cavidade abdominal. Enquanto a abordagem anterior (aberta), permanece como indicação majoritariamente na urgência.

Palavras-chave: hérnia ventral; herniorrafia; emergência

ID: 113489

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Fábio Nassar / Nassar, F. / Hospital Estadual da Vila Alpina; Igor Lepski Calil / Calil, I. L. / Hospital Israelita Albert Einstein - PROADI; Marcelo Bruno Rezende / Rezende, M. B. / Hospital Israelita Albert Einstein - PROADI; Mario Luiz Quintas / Quintas, M. L. / Hospital Estadual da Vila Alpina; Mateus Cavalcanti Souza Braz / Braz, M. C. S. B. / Hospital Estadual da Vila Alpina; Bruna Beterchine Gonzalez Mayeda / Mayeda, B. B. G. / Hospital Estadual da Vila Alpina; Natalia Turco / Turco, N. / Hospital Estadual da Vila Alpina; Eduardo Henrique Rodrigues / Rodrigues, E. H. / Hospital Estadual da Vila Alpina;

Título: HÉRNIA DE SPIEGEL NO PACIENTE CIRRÓTICO PÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO: UM RELATO DE CASO.

Introdução: As hérnias ventrais nos pacientes cirróticos são relativamente comuns, principalmente secundárias a ascite, com prevalência de 20 a 24%, e a desnutrição associado a doença, conforme dados da British Society of Gastroenterology/British Association for the Study of the Liver (BSG/BASL) guideline on management of ascites in cirrhosis. A relevância do estudo das hérnias ventrais no paciente cirrótico dá-se também pelas possíveis complicações associadas à deteriorização clínica de base causada pela doença, como encarceiramento e fístula ascítica. Relato de caso: Paciente masculino, M.R.S. , branco, 53 anos Cirrose por álcool abstêmico há mais de 6 meses, escores de MELD-Na 25/29 e Child C, teve piora clinica secundária a encarceramento de hernia umbilical e fistula ascítica. Realizado hernioplastia umbilical, porém paciente evoluiu com lesão renal aguda com necessidade de hemodiálise e piora do MELD. Submetido a transplante hepático com doador cadáver, com boa recuperação pós-operatória e recuperação progressiva da função renal. No PO 4 do Tx teve quadro de dor abdominal súbita associada a quadro de suboclusão intestinal sendo diagnosticada hérnia de Spiegel, com posterior redução do conteúdo herniado. Em vias da condição atual do paciente, foi optado por acompanhamento clínico. Paciente teve regressão completa da lesão renal, desaparecimento progressivo da ascite, porém com piora gradual da dor associada a hérnia de Spiegel. Optado por correção cirúrgica da hérnia no 115° PO do transplante hepático pelo alto risco de complicação associado a esse tipo de hérnia. Discussão As hernias ventrais e sua abordagem no paciente cirrótico ainda são um desafio nos dia atuais. Com uma incidência de 16% nestes pacientes, e podendo chegar a 24% na presença de ascite, existem diversos estudos sobre o melhor momento de abordar tal patologia, sendo a condição atual da doença hepática, o grau de sintomas da hérnia e o contexto de urgência ou não, os principais fatores a serem levados em conta para sua abordagem. De maneira geral, as hérnias umbilicais são as mais comumente diagnosticas na população cirrótica, porem outras hérnias também tem sua incidência aumentada nessa população, como as inguinoescrotais e a Hérnia de Spiegel, que apesar de ter incidência menor que as demais, possui maior risco de encarceramento, variando de 17 a 24%, e suas particularidades na população cirrótica ainda são pouco estudadas. O caso em questão leva a oportunidade de pensarmos mais nessa modalidade de falha da parede abdominal e qual o melhor momento de sua correção em vista da sua maior taxa de encarceramento.

Palavras-chave: hérnia; cirrótico; spiegel

ID: 113274

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Natacha Helena Uryu / Uryu, N. H. / UNICID; Francisco Dias Farah / Farah, J. D. / IAMSPE; Giovana de Figueiredo Godoy / Godoy, G. F. / IAMSPE; Mario Claudio Ghefter / Ghefter, M. C. / IAMSPE; Adriano Corona Branco / Branco, A. C. / IAMSPE; José Francisco de Mattos Farah / Farah, J. F. M. / IAMSPE; Alberto Goldenberg / Goldenberg, A. / IAMSPE;

Título: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA: RELATO DE 2 CASOS TRATADOS POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Introdução Designa-se hérnia diafragmática congênita (HDC) a ausência de desenvolvimento diafragmático parcial ou total e representa 8% das malformações em recém-nascidos, podendo ser classificada de acordo com a localização do defeito sendo a entidade mais rara a hérnia de Morgnani que consiste no defeito anterior da parede (1-2%). (1 3) Existe ainda uma subclassificação das hérnias anteriores: Larrey defeito na parede antero-lateral esquerda do diafragma, Morgagni defeito na região antero-lateral direita do diafragma, e Marfan falha de conexão do diafragma com a região antero-medial (justaesternal). Descrevemos aqui um caso de hernia de Marfan, em um paciente de 14 anos e outro com com 28 anos com hernia de Morgagni submetidos a tratamento videolaparoscopico. Relato Caso 1. Paciente de 14 anos, masculino com queixa de tosse e discreta dispneia há 3 meses. Ao exame físico, paciente apresenta pectus carinatum. Exames de imagem confirmaram hérnia diafragmática anterior. Realizado tratamento videolaparoscópico. Evolução sem intercorrências. Caso 2 Paciente CGL, 28 anos, sexo masculino com queixa de discreto desconforto torácico. Exames de imagem evidenciam hérnia diafragmática anterior com grande quantidade de epiplón. Submetido a procedimento videolaparoscópico com achado de epiplón intratorácico facilmente reduzido. Após redução, realizada sutura com três pontos transfaciais com fechamento de defeito (figura 6) e fixação de tela dupla-face. Procedimento total de 90 minutos. Evolui assintomático, com alta no segundo dia de pós operatório e ainda não realizado controle de imagem. Discussão Assume-se como etiologia a falha da fusão embriológica das porções costal e esternal do diafragma. Aproximadamente 90% dos pacientes apresentam disfunção respiratória nas primeiras 24h de vidas, os principais sinais são taquipneia, cianose, abdome escavado, assimetria torácica e tiragens supraclavicular e intercostal. Relatamos dois casos, que apresentavam queixas discretas, mas que foram diagnosticados inicialmente por radiologia simples. A indicação cirúrgica eletiva visa evitar posteriores complicações como obstrução intestinal aguda (5). Deve-se considerar a técnica adequada, ainda em debate na literatura, como fator para evitar recidiva. Nos optamos pelo tratamento cirúrgico videolaparoscopico pois além de minimamente invasivo, permitiu com facilidade a sutura com segurança e fixação de tela dupla face com os mesmos principio da cirurgia aberta. E fator limitante deste trabalho pois trata-se somente de dois casos, e ainda de seguimento de curto tempo, porém o fato de realizarmos o mesmo princípio da cirurgia aberta e com as vantagens no tempo de internação e recuperação pôs operatória, sugerem que esse acesso seja o padrão ouro para esta rara doença.

Palavras-chave: hérnia diafragmática congênita; Hérnia de Marfan; Videolaparoscopia

ID: 112644

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Livia Akemi Ramos Takahashi / Takahashi, L. A. R. / UNIFESP; Carlos Alberto Castro Teixeira Júnior / Teixeira, C. A. C. / UNIFESP; Ana Paula de Figueiredo Andrade / Andrade, A. P. F. / UNIFESP; Caio Petri / Petri, C. / UNIFESP; Fábio Iazzetti Lopes / Iazzetti, F. / UNIFESP; Manoela Valente Costa / Costa, M. V. / UNIFESP; Ramiro Colleoni / Colleoni, R. / UNIFESP; Vinícius Bignatto / Bignatto, V. / UNIFESP;

Título: HÉRNIA INCISIONAL PRÉ-PERITONEAL ENCARCERADA EM PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A hérnia incisional (HI) abdominal é uma doença muito prevalente (8-20%) e tem apresentação clínica heterogênea, sendo necessário alto grau de suspeição para diagnosticar casos não clássicos. A técnica de enxertia renal em região pélvica pode promover pontos de fragilidade em peritônio e aponeurose passíveis de eventração e herniação. Apresentamos relato de caso de Hl encarcerada pré-peritoneal em pós-operatório de transplante renal. RELATO DE CASO: Este relato foi realizado em hospital universitário quaternário, em conformidade com o SCARE Guideline 2020 e com o consentimento da paciente. Mulher, 49 anos, branca, hipertensa e transplantada renal há 26 dias por doença renal crônica de origem indeterminada. Procurou o serviço de emergência com queixa de dor e edema local há 1 dia em região do enxerto renal, associados a náusea e vômitos. Ao exame físico, encontrava-se taquicárdica e hipertensa. Abdome com presença de massa palpável e ponto de flutuação em topografia de incisão cirúrgica de enxerto renal. Exames laboratoriais evidenciaram anemia crônica, ureia de 33 mg/dL, creatinina de 1,79 mg/dL, sem outras alterações significativas. Ultrassonografia Doppler de enxerto renal identificou enxerto de 9,1 cm em fossa ilíaca direita, sem alterações vasculares ou dilatação pielocalicinal, afastando a hipótese de rejeição ou isquemia. Tomografia de Abdome evidenciou herniação de gordura e alças de delgado encarceradas anteriormente ao enxerto, devido a descontinuidade de 2cm em lâmina peritoneal de fossa ilíaca direita. Não havia descontinuidade da aponeurose. Diante disso, a hipótese aventada foi de hérnia incisional encarcerada transperitoneal pré-aponeurótica em espaço pré-peritoneal de enxerto renal. Optou-se por laparotomia exploradora (LE) com incisão paramediana infraumbilical direita, em local de incisão prévia de transplante renal. Ao inventário da cavidade, evidenciou-se alças de delgado herniadas e com bom aspecto em espaço pré-peritoneal com falha de 2 cm em peritônio. Optou-se por herniorrafia, limpeza e fechamento do abdome por planos sem colocação de tela. Após procedimento cirúrgico a paciente foi admitida em leito de enfermaria, apresentando melhora completa dos sintomas. Sem novas intercorrências, tendo recebido alta hospitalar 7 dias depois para seguimento ambulatorial. DISCUSSÃO: Trata-se de um caso de HI encarcerada cuja apresentação clínica foi falseada devido a ausência de falha aponeurótica, sendo necessário exames de imagem para o diagnóstico. A incisão paramediana no transplante renal é caracterizada por apresentar risco menor de HI DE componente aponeurótico, tornando o caso relativamente incomum. Porém a manipulação do peritônio pode causar pequenas lesões com risco de herniação futura. Em casos de dor em topografia de enxerto, faz-se necessário considerar esse diagnóstico diferencial em conjunto com rejeição aguda, isquemia e abscesso.

Palavras-chave: hérnia incisional; transplante de rim; abscesso

ID: 113533

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Thiago Seibel Storch / Storch, TS / Hospital Geral do Grajaú; Isabella Magnago Batista / Batista, IM / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Ana Carolina Vitor Vieira da Silva / SILVA, ACVV / Hospital Geral do Grajaú; Lucas Netto Nascimento / Nascimento, LN / Hospital Geral do Grajaú; Thales Felipe Pereira / Pereira, TF / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer, BM / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, EJ / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Mauricio Campanelli Costas / Costas, MC / Hospital Geral do Grajaú;

Título: HÉRNIA INCISIONAL VOLUMOSA TRATADA COM PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO ANTECEDENDO CORREÇÃO CIRÚRGICA: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: AS HÉRNIAS INCISIONAIS OCORREM EM 15-28% DE TODOS OS PACIENTES SUBMETIDOS A UMA CIRURGIA ABDOMINAL (1-4). O LOCAL MAIS FREQUENTE DE FORMAÇÃO DE HERNIA INCISONAL É A LINHA MÉDIA (5). UMA VEZ QUE A HÉRNIA OCORRE, É NECESSÁRIO MINIMIZAR A TENSÃO CAUSADA E MANTIDA PELA CONTRAÇÃO MUSCULAR E PELO PROCESSO DE RETRAÇÃO(1). IDEALMENTE, A TENSÃO MUSCULAR DEVE SER MINIMIZADA ANTES DA CIRURGIA, SENDO UMA DAS TÉCNICAS A REALIZAÇÃO DE PNEUMOPERITÔNIO PROGRESSIVO PRÉ-OPERATÓRIO (PPP). RELATO DE CASO: PACIENTE FEMININA, 52 ANOS, SEM COMORBIDADES, IMC 29,5kg/m2 APRESENTA-SE COM HÉRNIA INCISIONAL EPIGÁSTRICA VOLUMOSA (ÍNDICE DE TANAKA: 25) DECORRENTE DE REPARO PRIMÁRIO DE HÉRNIA EPIGASTRICA SEM ALOCAÇÃO DE TELA DE POLIPROPILENO. REALIZADA IMPLANTAÇÃO DE CATETER DE TENKOFF EM HIPOCÔNDRIO DIREITO E ALOCADO SUPRA-HEPÁTICO COM INJEÇÃO DIÁRIA DE AR DURANTE 7 DIAS. REALIZADO ENTÃO CORREÇÃO CIRÚRGICA COM SÍNTESE DA FALHA APONEURÓTICA SEM NECESSIDADE DE SEPARAÇÃO DE COMPONENTES E ALOCADA TELA DE POLIPROPILENO ONLAY E DRENO PORTOVAC. PROCEDIMENTO TRANSCORRIDO SEM INTERCORRÊNCIAS, PACIENTE EVOLUIU BEM RECEBENDO ALTA NO TERCEIRO DIA DE PÓS OPERATÓRIO. DISCUSSÃO: NA LITERATURA AINDA É ESCASSO O NÚMERO DE TRABALHOS SOBRE REALIZAÇÃO DE PPP, PORÉM É INEGÁVEL POR GRUPOS ESPECIALIZADOS DE HÉRNIA QUE ADERIRAM À TÉCNICA SOBRE OS BENEFÍCIOS DA REALIZAÇÃO DA TÉCNICA, BEM COMO EM TORNAR OPERÁVEIS AS HÉRNIAS CONSIDERADAS PREVIAMENTE INOPERÁVEIS. PORÉM, FAZ-SE NECESSÁRIO A REALIZAÇÃO DE MAIS ESTUDOS PARA DETERMINAÇÃO IDEAL DAS INDICAÇÕES BEM COMO NA DEFINIÇÃO DO PADRÃO IDEAL PARA O MANEJO DO PPP.

Palavras-chave: Hérnia incisional; Pneumoperitônio progressivo pré operatório; Índice de Tanaka

ID: 113840

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Francisco Schossler Loss / LOSS, F. S. / Centro Universitário FAG; Izabella Maria Lopes Titon / TITON, I. M. L. / Universidade Federal do Paraná; Jonas Takada / TAKADA, J. / Universidade de São Paulo; Luan Zacarias Nunes / NUNES, L. Z. / Universidade Federal do Paraná; Flávia Fernanda de França / FRANÇA, F. F. / Universidade Federal do Paraná; Rayana Endy Maziero / MAZIERO, R. E. / Universidade Federal do Paraná; Rafaella Tomomi Oishi / OISHI, R. T. / Universidade Federal do Paraná; Raquel Laís Kreuz / KREUZ, R. L. / Universidade Federal do Paraná;

Título: HÉRNIA INGUINAL COM CONTEÚDO OVARIANO E TUBA UTERINA: RELATO DE CASO

Introdução: Hérnias inguinais frequentemente estão presentes no sexo masculino, ocorrendo em menos de 5% das mulheres. É extremamente raro encontrarmos anexos femininos no saco herniário. Um estudo retrospectivo avaliando esses casos revela que apenas 2,9% das hérnias inguinais em mulheres podem apresentar ovário e tuba uterina. Descrevemos o caso de uma mulher multípara que há 18 meses apresentava hérnia inguinal indireta à esquerda contendo ovário e tuba uterina pérvios. Relato de Caso: Paciente 27 anos, G2P1C2A0, apresenta-se à consulta médica relatando dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) de início há 18 meses, intermitente, fraca intensidade, em aperto, sem irradiação, sem fatores de piora e com boa resposta à dipirona. Há quatro dias apresentou alteração no padrão da dor, com aumento da intensidade, sem fatores de melhora, com piora ao esforço. Ao exame físico, observou-se massa palpável em FIE, móvel, elástica, não pulsátil, dolorosa, irredutível e com dimensões aproximadas de 4x3 cm. Foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome que evidenciou hérnia inguinal indireta à esquerda contendo massa ovalada, caracterizada como o ovário. A conduta indicada foi a correção cirúrgica da hérnia. No intraoperatório foi confirmada a protrusão da tuba uterina e ovário. Essas estruturas foram separadas do saco herniário e reduzidas à cavidade peritoneal. A hérnia foi reparada via técnica de Lichtenstein. Foi realizado ultrassom vaginal de controle no 7º dia pós operatório, o qual não evidenciou alterações. Discussão: Hérnias inguinais podem apresentar-se como diretas ou indiretas. Nas mulheres adultas são mais comuns as indiretas, pois o estresse da gravidez torna a fáscia transversal do assoalho do canal inguinal mais forte, tendo efeito protetor contra a hérnia direta. Hérnias indiretas raramente apresentam conteúdo visceral, como ovário e tuba uterina. Apenas 2,9% de todas as hérnias femininas possuem protrusão de ovário e tuba uterina, e dessa porcentagem, a maioria recém natos com alterações congênitas do trato geniturinário. As hérnias inguinais contendo ovário e tuba uterina, quando encontradas em mulheres adultas, geralmente estão relacionadas com a menopausa. Casos de mulheres férteis com anexos presos foram associados a anormalidades da tuba uterina, que podem causar predisposição para encarceramento. A maioria dos casos de hérnia inguinal feminina com anexos são diagnosticados no intraoperatório. Nos casos onde há estrangulamento de anexos femininos, mais da metade evolui para ooforectomia secundária. Em crianças, 27% das que apresentaram anexos irredutíveis, foram diagnosticadas com infarto ovariano no intraoperatório. Portanto, após o diagnóstico em mulheres de hérnia inguinal com conteúdo anexial, deve-se primar pela correção cirúrgica o mais breve possível, dado o risco de dano ovariano e consequentemente infertilidade.

Palavras-chave: Hérnia inguinal; Ovário; Tuba uterina

ID: 112906

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Pietra Giovanna de Almeida / Almeida, P. G. / UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO; Bianca Nunes de Almeida / Almeida, B. N. / Universidade Federal de São Paulo; Hebert de Freitas Fiorucci / Fiorucci, H. F. / Universidade Federal de São Paulo; Lizandra Rener Cavioli / Cavioli, L. R. / Universidade Federal de São Paulo; Luiza de Mendonça Rocha / Rocha, L. M. / Universidade Federal de São Paulo; Ramiro Colleoni Neto / Colleni, R. / Universidade Federal de São Paulo; Diego Adão Fanti Silva / Adão, D. / Universidade Federal de São Paulo;

Título: HÉRNIA INGUINOESCROTAL HABITADA COMPLICADA COM ENCARCERAMENTO COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE PERFURAÇÃO ISQUÊMICA EM CECO EM VIGÊNCIA DE COVID-19: RELATO DE CASO

Introdução: Hernia inguinal é uma condição comum, prevalente em 5% da população, com 10% dos casos complicados por encarceramento, e pode ser manifestação de outra condição abdominal. A perfuração de ceco tem mortalidade de até 72%. Há relatos de perfuração intestinal relacionada à angiopatia por COVID-19. Apresentamos relato de hérnia inguino-escrotal habitada complicada com encarceramento como apresentação inicial de perfuração isquêmica em ceco em vigência de COVID-19. Relato de caso: Este relato foi realizado em um hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com SCARE Guideline 2020 e com consentimento do paciente. Homem, 64 anos, branco, COVID positivo assintomático, tabagista, antecedente de três hernioplastias inguinais à direita. Apresentava-se com dor e abaulamento inguinoescrotal direito, irredutível, há 12 horas, associado a vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos. Encontrava-se em regular estado, abdome distendido, doloroso em hipogástrio, com abaulamento em região inguinoescrotal direita sem sinais flogísticos. Após redução manual da hérnia, manteve-se em posição antálgica com flexão de articulação coxofemoral direita. Exames laboratoriais evidenciaram relação neutrófilo/linfócito aumentada (14), proteína C reativa elevada (25 mg/L), e hiperlactatemia. Tomografia de abdome evidenciou pneumoretroperitônio com conteúdo fecal à direita com aparente ponto de perfuração em ceco. Hérnia inguinoescrotal direita com extenso segmento de delgado no seu interior. Diante destes dados, concluiu-se tratar de hérnia inguino-escrotal habitada complicada com encarceramento como apresentação de perfuração isquêmica em ceco, possivelmente secundário a trombose e isquemia causada por COVID-19. Optou-se por laparotomia exploradora, com incisão mediana. No inventário encontrou-se volumoso conteúdo herniário em fossa ilíaca direita; ponto de obstrução em intestino delgado (30 cm da válvula ileocecal); enfisema em região parietocólica e retroperitoneal direita; tecido necrótico no entorno do cólon ascendente e ponto de perfuração posterior ao ceco. Optado por ileocolectomia direita com ileotransverso anastomose e drenagem de cavidade. Anel herniário foi ocluído com sutura simples. Paciente evoluiu sem intercorrências em pós-operatório, sendo submetido à correção da hérnia inguinal pela técnica de Lichtenstein em segundo tempo, na mesma internação. Anatomopatológico mostrou enterocolite isquêmica perfurada associada a peritonite aguda estercoral. Discussão: Trata-se de caso de perfuração de ceco apresentando-se como hérnia inguinal encarcerada em vigência de infecção por COVID-19. Não foi encontrado na literatura caso de perfuração colonica que se apresentou como agudização dos sintomas de uma hérnia inguinal. Já a perfuração intestinal isquêmica tem sido relacionada à infecção por COVID-19. Assim, é importante reconhecer que o diagnóstico de hérnia inguinal não exclui a possibilidade de haver patologias graves subjacentes.

Palavras-chave: Hérnia inguinoescrotal; Perfuração intestinal; COVID-19

ID: 113456

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Antônio José Xavier de Souza Pinto / Pinto, A.J.X.S. / SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS ; Stefânia de Figueiredo Coutinho / Coutinho, S.F. / UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS; Oriane da Silva Pimenta / Pimenta, O.S. / SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS; Tiago de Oliveira Cunha / Cunha, T.O. / SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS; Glayson da Silveira Martins / Martins, G. S. / SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS; Evaldo José de Carvalho / Carvalho, E.J. / SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS;

Título: HÉRNIA LOMBAR DE PETIT PÓS TRAUMA DE ALTA CINÉTICA COM CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: As hérnias lombares representam menos de 1% de todas as hérnias de parede abdominal. Sendo as regiões mais propensas: o triângulo lombar inferior e o triângulo lombar superior, descritos inicialmente por Petit, em 1783, e por Grynfeltt, em 1866, respectivamente. A hérnia de Petit é a mais infrequente. Apresenta-se neste relato de caso um paciente do sexo masculino com hérnia de Petit pós trauma de alta cinética com correção videolaparoscópica. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 62 anos, aposentado, queixando-se de desconforto progressivo e abaulamento lombar há, aproximadamente, 05 meses. Relatava história de trauma importante há 06 meses, sendo este uma colisão frontal de alta cinética entre carro e caminhão, que não necessitou de cirurgia abdominal. Ao exame físico, observou-se abaulamento em região lombar à esquerda, superior à crista ilíaca, dor à palpação com irradiação para fossa ilíaca esquerda e flanco ipsilateral, com piora à manobra de Valsalva. Solicitou-se uma ultrassonografia de parede abdominal, que evidenciou abaulamento da parede abdominal com protrusão do tecido retroperitoneal podendo corresponder à hérnia traumática de Petit. Feita complementação com tomografia computadorizada de abdome e indicou-se, então, tratamento cirúrgico via laparoscopia para correção do defeito herniário. Iniciou-se a cirurgia com o paciente sob anestesia geral e em decúbito lateral direito a 45°, utilizando três trocateres, sendo um umbilical, de 10 mm, um em hipocôndrio direito, também de 10mm, e o último em hipogástrio, de 5 mm. Realizou-se abertura do flap peritoneal, exérese do conteúdo pré-peritoneal que estava contido na hérnia e procedeu-se à dissecção da região do trígono lombar inferior esquerdo com a exposição dos seus limites. O limite anterior - borda do músculo oblíquo externo - e posterior - borda do músculo latíssimo do dorso - foram aproximados, com posterior alocação de prótese de baixa gramatura em posição underlay e fixação dessas à parede abdominal com uso de grampos absorvíveis. O flap peritoneal foi fechado com fio absorvível. O paciente evoluiu bem no pós operatório com alta hospitalar no segundo dia e retorno as atividades usuais no 30º dia após a cirurgia. DISCUSSÃO: A hérnia de Petit é uma patologia rara, sendo os principais diagnósticos diferenciais lipoma, abscesso, hematoma, rabdomioma, tumores e sarcomas renais, por isso a importância do exame de imagem para auxiliar no diagnóstico. Atualmente, advoga-se o uso de telas sintéticas para o reparo de hérnias lombares. A técnica videolaparoscópica é a preferível, pois se obtém ampla visualização do defeito da parede posterior, efetuando medidas acuradas do tamanho da hérnia para que a tela mais adequada possa ser usada na correção. Além de, estar associada a um menor número de recidivas, menor uso de analgésicos no pós operatório, menor morbidade, resultado mais estético e volta mais precoce às atividades cotidianas.

Palavras-chave: Hérnia ; Petit; Videolaparoscopia

ID: 113585

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Laura Nunes Rotta / Rotta, L. N. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; álvaro Gianlupi / Gianlupi, A. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Isadora Frois Ourique / Ourique, I. F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Gabriela Jacques / Jacques, G. / Hospital Nossa Senhora da Conceição;

Título: HÉRNIA LOMBAR PÓS-TRAUMÁTICA COM USO DE TELA EM POSIÇÃO ONLAY: UM RELATO DE CASO.

INTRODUÇÃO: As hérnias lombares são raras e significam aproximadamente 2% das hérnias de parede abdominal. Apresentam-se como tumorações posterolaterais redutíveis, podendo evoluir com encarceramento em até 25% dos casos. Os locais mais comuns são nos trígonos lombocostoabdominal e lomboilíaco, correspondendo à hérnia de Grynfelt e de Petit respectivamente. O tratamento padrão-ouro ainda está sendo discutido com diferentes técnicas aplicadas, desde abordagens videolaparoscópicas com colocação de tela até herniorrafia convencional, sem evidências de divergências dos resultados até o momento. No relato a seguir, descrevemos o caso de hérnia de Petit sintomática e o procedimento realizado. Novos trabalhos sobre o tema são de extrema importância para um melhor estudo da doença e seu tratamento mais efetivo, vista a escassez de dados atualmente publicados. RELATO DE CASO: V.G.V., masculino, 42 anos, história médica pregressa de angina cardíaca instável com colocação de stent em 2019. Evoluiu com tumoração redutível posterolateral acima da crista ilíaca à esquerda após acidente automobilístico há 1 ano associada a dor local. A ecografia de abdome evidenciou hérnia lombar com colo de 2,3 cm contendo epíplon e alças intestinais. Pacoente submetido a hernioplastia lombar com incisão transversa a 3 cm da crista ilíaca e identificada hérnia de Petit. Isolamento e abertura do saco herniário, contendo epíplon. Ressecado excesso de saco herniário e realizado seu fechamento com Vicryl 3-0. Correção de defeito herniário e reforço musculoaponeurótico em camada única aproximando músculo oblíquo externo e músculo latíssimo do dorso com Vicryl 3-0. Colocação de tela de Marlex sobre o plano muscular e fixação com mononylon 2-0 na fáscia e tecido muscular. Optado por deixar dreno de Portovac ⅛, exteriorizado por contraincisão ventral. Paciente apresentou boa evolução pós-operatória, retirado dreno no 3º PO e alta no mesmo dia. Está em acompanhamento ambulatorial há 8 meses, para monitorização de recidiva. DISCUSSÃO: As hérnias lombares do trígono de Petit são menos frequentes quando comparadas às de Grynfelt. Podem ser classificadas como primárias ou secundárias, sendo esta última comumente apresentada após evento traumático ou cirúrgico local. São mais comuns à esquerda em homens, como no caso do paciente acima. Há aproximadamente 300 casos descritos na literatura, a minoria deles no Brasil. As opções de tratamento com dupla-tela e videolaparoscópica devem ser consideradas se confirmação da recidiva. Novos estudos com seguimento a longo prazo são necessários para definir o tratamento mais adequado para cada caso a fim de evitar insucesso terapêutico, visto que todas as publicações utilizadas como referência para este trabalho não possuem acompanhamento prolongado como o realizado.

Palavras-chave: hérnia de Petit; hérnia; hérnia lombar

ID: 113240

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bianca Luiza Rauber / Rauber, BL / HSL-PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / Zeferino, BR / HSL-PUCRS; Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, BF / HSL-PUCRS; Juliana Campello Beck / Beck, JC / HSL-PUCRS; Isabela Contin / Contin, I / HSL-PUCRS; João Pedro Gallina / Gallina. JP / HSL-PUCRS; Welton Yuri Fernandes da Silva / da Silva, WYF / HSL-PUCRS; Carlos Eduardo Bastian da Cunha / da Cunha, CEB / HSL-PUCRS;

Título: HÉRNIA OBTURATÓRIA: RELATO DE CASO

A Hérnia obturatória é um achado raro, sendo definida pelo extravasamento de conteúdo abdominal pelo forame obturador. Dado pequeno tamanho do forame, há facilidade de encarceramento e subsequente estrangulamento do conteúdo. Essa é uma doença quase exclusiva do sexo feminino, principalmente em idosas, muito provavelmente devido ao formato diferente do forame obturatório em mulheres - posicionamento mais obliquo e comprimento transversal maior. Além disso, podemos citar como predisponentes o alargamento do anel, frouxidão do peritônio pélvico, gestações múltiplas e aumento da pressão intra-abdominal. O diagnóstico costuma ser difícil, devido a sinais e sintomas geralmente inespecíficos e exame físico não determinante. Quanto ao manejo desta hérnia, a conduta conservadora não é indicada mesmo em casos leves, devido ao alto risco de encarceramento e a improvável redutibilidade. A abordagem pode ser feita aberta ou videolaparoscopica, sendo que cada vez mais opta-se por laparoscopia por sua praticidade e menor morbidade, convertendo-se em aberta se necessário. A mortalidade pós-operatória é alta, geralmente atribuída a dificuldade e demora no diagnóstico, além das altas idade e taxa de comorbidade dos pacientes acometidos. Paciente feminina, 83 anos, procurou atendimento por dor abdominal em fossa ilíaca esquerda, de início abrupto há 1 dia após realizar esforço, com irradiação para membro inferior esquerdo. Referia parada de eliminação de fezes e flatos e redução da aceitação alimentar, sem vômitos. Em tomografia de abdome, evidenciou-se hérnia no forame obturatório esquerdo com herniação de alça delgada e dilatação moderada de segmentos a montante, com formação níveis hidroaéreos, inferindo suboclusão/oclusão. Diante deste diagnóstico, foi iniciado o manejo clínico inicial de obstrução intestinal e paciente foi encaminhada ao bloco cirúrgico. No procedimento, por incisão mediana infraumbilical, foi identificada hérnia obturatória com alças de delgado encarceradas, sem sinais de sofrimento vascular. Realizou-se redução do saco herniário e posicionamento de tela de polipropileno pequena em forma de cone (patch/plug) em forame obturatório. Apresentou adequada evolução pós operatória, com alta hospitalar no segundo dia. Retornou um dia após por dor abdominal e dor torácica atípica. Descartada síndrome coronariana e iniciado tratamento com antibiótico empírico por provável infecção abdominal por translocação bacteriana. A hérnia obturatória é uma patologia incomum nas rotinas hospitalares, tornando- a pouco lembrada nos diagnósticos diferenciais e retardando tempo de abordagem.. Sendo assim, é essencial equipes médicas capacitadas, uma vez que os achados de imagens não são comuns e o exame físico operador dependente. Além disso, uma abordagem para resolução mecânica com brevidade quando ainda há viabilidade vascular de alças, diminuiu riscos de complicações e sucesso terapêutico, uma vez que o diagnóstico tardio piora o prognóstico dessa doença.

Palavras-chave: hernia obturatória; obstrução intestinal; forame obturatório

ID: 112615

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ygor Rocha Fernandes / FERNANDES, Y. R. / FAMERP; Guilherme Costa Wahbe / WAHBE. G.C. / FAMERP; Leonardo Alves Magalhães Ribeiro / RIBEIRO, L. A. M. / FAMERP; Amadeu Fernandes Filho / FERNANDES. A, F / FAMEMA;

Título: HÉRNIA TRAUMÁTICA ABDOMINAL: UM RELATO DE CASO

A hérnia traumática de parede abdominal (HTPA) é um caso de hérnia pouco descrito em literatura, com incidência não mesurada, e comumente associada com mecanismo de trauma fechado contuso. Sua fisiopatologia abrange forças aplicadas à parede abdominal durante o trauma, provocando um defeito pelo qual se pronunciará as vísceras. O conteúdo da hérnia está correlacionado com o local em que ocorrem e sua frequência está aumentada nos locais com menor tensão de parede como região inguinal e próximo de púbis e crista ilíaca. O objetivo do presente estudo é relatar um caso de hérnia traumática, atendido em serviço de trauma de hospital terciário e comparar a conduta adotada com os recentes trabalhos descritos em literatura. Foi trazido ao serviço, após avaliação primária sem alterações significantes, paciente masculino, 31 anos, previamente hígido, vítima de colisão em via urbana moto x carro em baixa velocidade. Ao exame físico, apresentava ferimento corto-contuso de 15 cm curvado em fossa ilíaca esquerda sem sangramentos ativos ou evisceração. Após medidas iniciais foi submetido à tomografia computadorizada (TC) que evidenciou densificação de gordura e aumento de partes moles em abdome à esquerda, sem líquido em cavidade. Pode-se evidenciar diástase de 2,3 cm em músculo obliquo externo, interno e transverso próximos da espinha ilíaca ântero-superior associado à uma protrusão de gordura intra-abdominal, sugerindo diagnostico de hérnia traumática. Optou-se por realização de exploração cirúrgica, na qual foi evidenciada laceração do músculo transverso e visualizada gordura pré-peritoneal sem abertura de cavidade. Em todo ferimento havia resquícios de matérias contaminantes da cena do acidente. Foi realizada lavagem, aproximação dos músculos com rafia sem colocação de tela sintética ou biológica e colocação de dreno de sucção. Descrita pela primeira vez em 1906, a HTPA é uma rara condição traumática cujo diagnóstico clínico é dificultado em virtude de sintomatologia pouco específica devido presença de fatores de confusão relacionados ao trauma, com padrão ouro diagnóstico a TC abdominal. O caso descrito apresentou escala tomográfica grau III (lesão simples do músculo da parede), seguindo a classificação proposta por Dennis et al.. Ainda não há consenso a respeito da conduta com reparo primário ou reparo livre de tensão. No caso descrito, optou-se pela não colocação de tela a fim de se evitar o risco de contaminação local devido a exposição ao trauma com adequada evolução pós-operatória.

Palavras-chave: Hérnia Abdominal; Ferimentos e Lesões; Traumatismo Múltiplo

ID: 113385

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Pedro Lustre de Almeida / Almeida, P.L / Hospital Geral de Carapicuiba; Bruno Amantini Messias / Messias, B.A / Hospital Geral de Carapicuiba; Erica Rossi Mocchetti / Mocchetti, E.R / Centro Universitário São Camilo; Tania Marcela Sandoval Ichionose / Ichinose, T.M.S / Hospital Geral de Carapicuiba; Marielly Ayako Uemura / Uemura, M.A / Hospital Geral de Carapicuiba; Jaques Wasberg / Wasberg, J / Hospital do Servidor Publico Estadual;

Título: INFECCÇÃO DE SITIO CIRURGICO PROFUNDA EM PACIENTE SUBMETIDO A HERNIOPLASTIA INGUINAL PELA TÉCNICA DE LICHTENSTEIN: RELATO DE TRATAMENTO COM PRESSÃO NEGATIVA

INTRODUÇÃO Patologia muito comum, as hérnias inguinais são responsáveis por aproximadamente 75% das hérnias da parede abdominal (1). Devido à alta prevalência, mais de 20 milhões de hernioplastias inguinais são realizadas por ano em todo mundo (2). A Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) é uma complicação que tenta ser evitada em todos os casos devido seu potencial de graves consequências ao paciente, incluindo o aumento nos gastos devido ao seu tratamento e a um aumento do tempo de internação (3). Assim como qualquer procedimento cirúrgico, a ferida operatória está sujeita a complicações locais no pós-operatório a depender dos cuidados pré, intra e pós-cirúrgicos. No caso das complicações de ferida operatória na hernioplastia, podemos ver casos leves, com acometimento de tecidos superficiais, até situações que exigem abordagem para retirada da tela de polipropileno, prejudicando e atrasando a recuperação do paciente. Objetivo e método Apresentar um relato de caso de infecção de ferida operatória pós hernioplastia inguinal que obteve ótimo resultado após tratamento conservador com preservação da tela de polipropileno após confecção local de curativo à vácuo de baixo custo. Relato de caso Paciente masculino, 43 anos, sem comorbidades, submetido eletivamente à hernioplastia inguinal direita Nyhus 3A, seguindo técnica de Lichtenstein, com colocação de Tela de Polipropileno, poro pequeno - 180u, sem intercorrências no intra ou pós operatório imediato, evolui no 19 dia pós-operatório com quadro de infecção de ferida operatória (febre, hiperemia local, edema e drenagem de conteúdo purulento). Realizado USG de parede abdominal que evidenciou coleção entre a tela de polipropileno e tecido subcutâneo. Paciente foi internado para antibioticoterapia endovenosa e optado por tentativa de tratamento conservador no local da ferida operatória. Realizada abordagem da lesão com incisão e abertura de planos até tela de polipropileno, mantendo-a. Feito a limpeza e lavagem local exaustiva, e confecção de curativo de pressão negativa à vácuo continuo realizado com material de baixo custo disponível no serviço (esponja estéril, compressa, dreno de tórax número 20, nylon 3.0, plástico estéril para scopia e curativo filme transparente). Mantido em tratamento intra-hospitalar, em uso de Ceftriaxona e Clindamicina por 14 dias, associado a trocas periódicas do curativo. Durante internação foram realizadas outras 2 abordagens em ferida operatória para lavagem e troca de curativo à vácuo. Após termino de antibioticoterapia, paciente apresentava melhora significativa da lesão e do quadro clínico, recebendo alta hospitalar com curativo dreno de sucção sanfonado portátil no local da lesão, com programação de reavaliação ambulatorial em 1 semana. Na reavaliação apresentava ótimo aspecto de ferida operatória, sem sinais flogísticos, com ótima cicatrização local e preservando a tela de polipropileno alocada previamente, sem necessidade de retirada da mesma.

Palavras-chave: hernia; infecção; tratamento

ID: 113366

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriel Silva Rocha / ROCHA, G.S. / HOSPITAL ANA NERY; Lizandra Lavinia Santos de Albuquerque Menezes / MENEZES, L.L.S.A. / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA; Natalia Damasceno Almeida / ALMEIDA, N.D.A. / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA; Iohana Gonçalves Marques / MARQUES, I.G. / ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA; Naiah Eneas da Silva Almeida / ALMEIDA, N.E.S. / HOSPITAL ANA NERY; Filipe Das Mercês Ramos da Silva / SILVA, F.M.R. / HOSPITAL ANA NERY; Gabriela Santos Campos / CAMPOS, G.S. / HOSPITAL ANA NERY; Claudio Celestino Zollinger / ZOLLINGER,C.C. / HOSPITAL ANA NERY;

Título: LIPOSSARCOMA DESDIFERENCIADO DE TESTÍCULO

Introdução: Os lipossarcomas são tumores malignos de tecido adiposo de crescimento lento e indolor. São uma variante muito rara de malignidades geniturinárias e ocorrem prevalentemente no cordão espermático. Costumam se apresentar como massas inguinais ou escrotais, alguns casos com dificuldade na diferenciar das hérnias inguinais, cistos funiculares e lipomas do cordão. Frequentemente não diagnosticado no pré-operatório, pode se apresentar como achado intra-operatório ou histológico, devendo ser lembrado como diagnóstico diferencial das massas na virilha. Devido à escassez de casos, não há consenso sobre o melhor tratamento, sendo ainda muito desafiador em termos de manejo. Objetivo: Relatar caso de lipossarsacoma desdiferenciado testicular, descoberto durante o intra-operatório. Materiais e métodos: As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário e registros dos achados intra-operatórios do Programa de Residência Médica do Hospital Ana Nery e revisão de literatura. Caso clínico: Homem, 63 anos, nega alergias, comorbidades, tabagismo e etilismo, com história de neoplasia em TGI em parente de 1º grau. Passado de exérese de cisto em mão esquerda há 40 anos. Relata abaulamento em região inguinal esquerda há um ano, com maior crescimento nos últimos 06 meses, associado a dor de leve intensidade, piorando aos esforços. Refere dificuldade para deambular por incômodo em região escrotal. Ao exame físico: presença de massa em região inguinoescrotal esquerda, sem definição de localização específica, volumosa, não redutível, indolor à palpação. Submetido à exploração da região inguinal, com suspeita de hérnia inguinal encarcerada e hidrocele associada. No intraoperatório, durante exploração de cordão espermático, não havia hernia direta ou indireta, optado por abertura de bolsa escrotal. Visualizada tumoração volumosa com consistência endurecida em região testicular. Com autorização do familiar foi realizada orquiectomia esquerda. Anatomopatológico revelou lipossarcoma desdiferenciado com margens livres. Paciente encaminhado ao serviço de oncologia do Hospital Aristides Maltez para acompanhamento especializado. Conclusão: Na dúvida diagnóstica das massas inguinocrurais com comprometimento escrotal, as tumorações testiculares devem constar das hipóteses diagnósticas.

Palavras-chave: lipossarcoma desdiferenciado de testiculo; hernias inguinais; massa iguinocrurais

ID: 113607

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruna Araujo / ARAUJO, B. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Francisco Loes / LOES, F; / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Hamilton Cardoso Hilgert / HILGERT, H. C. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Eduardo Morais Everling / EVERLING, E. M. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Francisco Bertelli Ramos / RAMOS, F. B / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Francisco Tres da Silva / SILVA, F. T. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Maria Luiza dos Santos / SANTOS, M. L. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Claudio Webber Silveira Alba / ALBA, C. W. S. / Hospital Nossa Senhora da Conceição;

Título: TOXINA BOTULÍNICA E REPARO DE HÉRNIA IGUINOESCROTAL GIGANTE: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO Grandes hérnias inguinoescrotais são definidas por extensão abaixo do ponto médio da parte interna da coxa, em ortostase. Apresentam reparo cirúrgico complicado pela dificuldade técnica e podem ter consequências como dor, queixas urinárias, atrofia testicular, úlcera escrotal, obstrução e perfuração, entre outras, comprometendo a qualidade de vida do paciente. RELATO DO CASO Masculino, 64 anos, previamente hígido, com história de abaulamento progressivo em região inguinal esquerda, percebido há dez anos, com redução espontânea, sem sinais de encarceramento. Paciente trabalhava como contador, porém iniciou com quadro de depressão e passou a ser cuidado por terceiros. Trazido à emergência de hospital de referência do sul do país, após episódio de dor em queimação na região da hérnia, secundária à lesão de pele causada por urina. Apresentava hérnia inguinoescrotal volumosa, sem alteração de hábito intestinal. Tomografia de abdome e pelve realizada na chegada, apontando volumosa hérnia inguinoescrotal esquerda, contendo grande quantidade de líquido, cólon sigmoide, segmentos de íleo distal e ureter distal esquerdo. Paciente aguardou 54 dias a chegada de insumos para realização de aplicação de toxina botulínica, tendo realizado as aplicações em flancos e, quatro semanas após, a hernioplastia inguinal com colocação de tela. Ato cirúrgico: incisão mediana, redução de grande conteúdo herniário (drenagem de 4,5 litros de hidrocele e identificação de alças de delgado, ceco, cólon ascendente, transverso, descendente e sigmoide e parte da bexiga em canal inguinal esquerdo), realizado duplo reforço aponeurótico com tela pré-peritoneal (técnica de Rives-Stoppa) e outra supraaponeurótica (onlay), ambas de polipropileno. No pós-operatório, evolui com abscesso em escroto, sendo submetido a duas drenagens (20° e 33° pós-operatório) e a orquiectomia esquerda por necrose (48° pós-operatório). Seguimento ambulatorial de cinco meses, apresentando adequada evolução, recebendo alta ambulatorial. Segue em acompanhamento em ambulatório de urologia e de cirurgia plástica. DISCUSSÃO Hérnias inguinoescrotais gigantes apresentam complexa abordagem cirúrgica. Com vistas a reduzir a chance de ocorrência de síndrome compartimental intra-abdominal, algumas técnicas pré-operatórias, como confecção de pneumoperitônio e aplicação de toxina botulínica estão indicadas. O uso de toxina botulínica para preparo cirúrgico em hérnia ventrais é estabelecido, entretanto, para preparo de correção de hérnias inguinoescrotais volumosas ainda é escasso. No caso relatado, foi optado por uso de aplicações de toxina botulínica pelo serviço, pela característica temporal, visto efeito máximo em duas a quatro semanas, com duração de até seis meses. O presente trabalho tem como objetivo fomentar a discussão acerca da ampliação do uso de toxina botulínica para preparo de correção de hérnias inguinoescrotais gigantes, visto relatos ainda escassos na literatura.

Palavras-chave: HERNIA INGUINAL GIGANTE; TOXINA BOTULINICA; HERNIOPLASTIA INGUINAL

ID: 113327

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriel Souza Lorenzoni / Lorenzoni, G. S. / Hospital Santa Marcelina Itaim Paulista; Bernardo Pires Sampaio / Sampaio, B. P. / Hospital Santa Marcelina Itaim Paulista; Alisson de Lucena Silva / Silva, A. L. / Faculdade Santa Marcelina; Barbara Isidoro Navarro / Navarro, B. I. / Faculdade Santa Marcelina; Carolina Laperuta Pauletti / Pauletti, C. L. / Faculdade Santa Marcelina; Giovanna Magalhães Tolentino Soares / Soares, G. M. T. / Faculdade Santa Marcelina; Thamires Ferreira Barbosa / Barbosa, T. F. / Faculdade Santa Marcelina; Tadeu Ferreira Soares / Soares , T. F. / Hospital Santa Marcelina Itaim Paulista;

Título: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HÉRNIA INGUINO-ESCROTAL COM EVISCERAÇÃO DO ÍLEO TERMINAL - RELATO DE CASO

Introdução: As Hérnias de Parede Abdominal correspondem à uma protusão anormal, através de um orifício congênito ou adquirido em sua cobertura músculo-aponeurótica. Possuem uma maior incidência no sexo masculino e prevalência conforme progressão da idade. As Hérnias Inguinais representam 75% das Hérnias de Parede e quando estendidas ao escroto, são denominadas Inguino-escrotais. Possuem crescimento insidioso, podendo tornar-se gigantes, com saco herniário contendo alças intestinais. Ademais, a evisceração intestinal via escroto nas hérnias inguino-escrotais é uma apresentação pouco descrita na literatura e com rara casuística. Dessa maneira, é de suma importância relatar o sucesso da abordagem cirúrgica em um paciente com hérnia inguino-escrotal gigante com evisceração intestinal via escroto. Relado de Caso: Paciente masculino, 84 anos, com histórico de tabagismo, HPB, ICC e DPOC, que foi encaminhado via CROSS ao serviço de emergência de um hospital público por uma hérnia inguino-escrotal à direita, ulcerada e com evisceração do seu conteúdo. Segundo os familiares, o paciente apresentava a hérnia há 15 anos e que há 7 dias evoluiu com dor e exteriorização de conteúdo avermelhado em bolsa escrotal. A investigação Tomográfica denotou presença de alça intestinal em bolça escrotal. Em caráter de urgência foi realizada uma ampla inguinotomia direita estendida com escrototomia mediana. Inicialmente o saco herniário foi dissecado e aberto, contendo a alça de delgado (íleo terminal) exteriorizada através da pele do escroto, sem sinal de fístula ou isquemia. Após a exposição do conteúdo do saco herniário, com abertura da aponeurose do músculo oblíquo externo, fez-se a redução de conteúdo herniário e a correção da hérnia inguino-escrotal com colocação de tela de polipropileno (Técnica de Lichtenstein). O respectivo paciente foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva, permanecendo, pelo risco de síndrome compartimental e restrição respiratória. No 9° dia de pós-operatório houve a deiscência da ferida operatória escrotal com sinais flogísticos, sendo tratada inicialmente com curativos diários e colagenase. Deu-se seguimento em enfermaria com os curativos diários, porém manteve-se com tecidos desvitalizados e necrosados, sendo necessário o desbridamento cirúrgico e orquiectomia direita. Paciente seguiu com evolução clínica satisfatória. Discussão: As Hérnias gigantes correspondem entre 2,81 a 5% das Hérnias Inguinais e como relatado, retratam um desafio na abordagem cirúrgica. No caso em questão optou-se pela herniorrafia inguinal aberta à Lichtenstein e os cuidados da ferida operatória. A redução do conteúdo trouxe os riscos de síndrome compartimental, recidiva e deiscência de ferida operatória, além de orquite isquêmica e desvitalização de partes moles. A exposição do caso permite reconhecer uma apresentação rara e pouco documentada das Hérnias de Parede Abdominal, que é a hérnia inguino-escrotal gigante com evisceração de seu conteúdo via escroto.

Palavras-chave: Hérnia de Parede Abdominal; Hérnia inguinal gigante; Hérnia inguino-escrotal

ID: 113560

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Isabela Contin / CONTIN, I. / HSL/PUCRS; Bianca Luiza Rauber / RAUBER, B. L. / HSL/PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / ZEFERINO, B. R. / HSL/PUCRS; Juliana Campello Beck / BECK, J. C. / HSL/PUCRS; Mateus Henrique Schneider / SCHNEIDER, M. H. / UFCSPA/ISCMPA; Bruna Fagundes Rockenbach / ROCKENBACH, B. F. / HSL/PUCRS; Welton Yuri Fernandes da Silva / SILVA, W. Y. F. / HSL/PUCRS; Christina Campana Duarte / DUARTE, C. C. / HSL/PUCRS;

Título: ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO POR INTOXICAÇÃO POR GLIFOSFATO E CHUMBINHO: UM RELATO DE CASO

Introdução: Glifosato, um organofosforado (OF), e chumbinho, um carbamato (CB) são causas comuns de intoxicação, especialmente em países em desenvolvimento. Tanto OFs como BCs têm o potencial de ação anticolinesterásico, com sobreposição de sinais e sintomas, de ainda mais difícil diferenciação quando o CB em questão é o Aldicarb (chumbinho), com clínica muito semelhante à intoxicação por OFs. Os sintomas classicamente associados à intoxicação aguda por OFs podem ser resumidos no mnemônico (inglês) SLUDGE, correspondendo a salivação, lacrimejamento, urina, defecação, cólicas abdominais (gastric cramps) e êmese. Ainda que menos comum, paresia e sagramentos do trato gastrointestinal (TGI) também foram descritos na literatura. Relato de caso: paciente masculino, 81 anos, agricultor, previamente hipertenso, dislipidêmico, procura atendimento por piora da dor abdominal, iniciada há 10 dias, associada a vômitos de conteúdo escurecido, redução da eliminação de flatos, hematúria e epistaxe. História ocupacional de exposição a agrotóxicos e veneno de rato. Nega febre, perda de peso, uso de anticoagulantes ou cirurgias abdominais prévias. No exame físico da chegada, estável hemodinamicamente, abdome globoso, depressível, distendido, desconfortável a palpação difusamente. Laboratorias com anemia, leucocitose, perda de função renal, RNI > 9,0 / KTTP > 120 s, teste rápido para dengue negativo. TC abdominal com distensão ileal difusa, medindo até 3,9 cm, com presença de alguns níveis hidroaéreos e redução gradual no íleo distal, mais provavelmente relacionado com brida/aderência. Pequena quantidade de líquido livre em topografia peri-hepática, periesplênica e na pelve. Submetido a tratamento conservador por 72h + correção de distúrbio de coagulação. Apresenta falha no tratamento conservador, submetido a laparotomia exploradora. No transoperatório, identificado sangramento difuso de trato gastrointestinal. Realizada EDA transoperatória com injeção de adrenalina e clipe de vasos em topografia de pequena curvatura gástrica. No pós operatório, ausência de complicações pós cirúrgicas. Clinicamente paciente evolui com novo alargamento de RNI e com 2 re-intubações por insuficiência respiratória, quadro resolvido com manejo clínico. Discussão: O sangramento associado à intoxicação por GLF, bem como outros OFs, relaciona-se com sua capacidade de promover disfunção endotelial e trombose microvascular que, em última instância, pode levar à perfuração do TGI. Neste caso, tanto a hipovolemia promovida pela perda sanguínea, como a translocação de bactérias por eventuais soluções de continuidade podem ser causas de choque nestes pacientes. O relato de caso acima reforça a importância de se ter a intoxicação por OFs e CBs entre o rol de diagnósticos diferenciais para pacientes que se apresentem com quadro de abdome agudo.

Palavras-chave: abdome agudo hemorrágico; intoxicação; disturbio da coagulação

ID: 113468

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Francisco Loes / LOES, F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Hamilton Cardoso Hilgert / HILGER, H. C. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Thiago Valiente Krampe / KRAMPE, T, V. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Bruna Araujo / ARAUJO, B. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC;

Título: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA DE CISTO DE ÚRACO INFECTADO

INTRODUÇÃO Cisto de Úraco Gigante infectado simulando Abdome Agudo tratado com abordagem videolaparoscópica (VLP) e diagnósticos diferenciais correlatos. Revisão Pubmed (termo pesquisado: Uraco, Urachal). Anormalidades associadas ao úraco remanescente são mais encontradas em publicações pediátricas. Revisamos as principais complicações relacionadas a esta má formação, principais estratégias descritas para seu tratamento e a importância do diagnóstico diferencial em adulto jovem apresentando com dor abdominal e febre. RELATO DE CASO feminino, 24 anos, realizou tratamento empírico para cistite com antibioticoterapia sem melhora há 10 dias, evoluindo com febre diária e dor pélvica. Realizou exames de imagem com evidência de lesão pélvica pré-peritoneal comunicando com bexiga. Realizada ressecção da mesma por via VLP com identificação de abscesso e estrutura fibrosa comunicando-se a bexiga e parede abdominal. Ressecção com margens amplas. Paciente com boa evolução pós operatória. DISCUSSÃO Úraco é um cordão fibroso entre o umbigo e a bexiga e as anormalidades descritas incluem: úraco patente, pólipo umbilical, divertículo de bexiga, cisto de úraco. Os principais exames iniciais para investigação incluem USG e RX com fistulografia. O tratamento de escolha constitui a excisão cirúrgica, existe um risco de malignização, isto é, adenocarcinoma de úraco que justificaria a indicação cirúrgica mesmo em pacientes oligossintomáticos. Relatamos abordagem laparoscópica e ressecção do mesmo bem como principais diagnósticos diferencias de abdome agudo por dor pélvica e febre. Fotos, vídeos e referencias disponíveis.

Palavras-chave: Uraco; Urachal; laparoscopia

ID: 113579

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Luan Zacarias Nunes / NUNES, L. Z. / Universidade Federal do Paraná; Raquel Laís Kreuz / KREUZ, R. L. / Universidade Federal do Paraná; Jonas Takada / TAKADA, J. / Departamento de Cirurgia, Universidade de São Paulo; Rayana Endy Maziero / MAZIERO, R. E. / Universidade Federal do Paraná; Izabella Maria Lopes Titon / TITON, I. M. L. / Universidade Federal do Paraná; Flávia Fernanda França / FRANÇA, F. F. / Universidade Federal do Paraná; Rafaella Tomomi Oishi / OISHI, R. T. / Universidade Federal do Paraná;

Título: ABSCESSO DE PSOAS SECUNDÁRIO À APENDICITE COMPLICADA: UM RELATO DE CASO

O abdome agudo é uma das principais causas de atendimento na emergência, sendo a apendicite um dos principais diagnósticos etiológicos. A incidência de apendicite gira em torno de 1/1000 pessoas por ano. É mais comum em pacientes do sexo masculino na faixa etária de 10 a 19 anos, porém pode acometer todas as idades. A apendicite é considerada complicada quando há focos de necrose transmural, podendo levar à perfuração e formação de abscessos. O abscesso do iliopsoas é um tipo de abscesso retroperitoneal que acompanha o trajeto da fáscia desse músculo, podendo se estender até o membro inferior correspondente. Aqui apresentamos um caso de abscesso de iliopsoas secundário a um quadro de apendicite. RELATO DE CASO: L.J.P, masculino, caucasiano, 44 anos. Paciente referenciado ao nosso serviço com quadro de abdome agudo. Após avaliação clínica e tomográfica, foi diagnosticado com apendicite complicada. No intra-operatório foi visualizada loja purulenta amorfa e perfurações de cólon ascendente, sendo impossível a diferenciação do apêndice. Foi realizada colectomia direita, com anastomose íleo-transverso primária e lavagem da cavidade. No 4º PO, evolui com dor em MID e hiperemia em parte medial da coxa. Aventada a possibilidade de abscesso de iliopsoas, o diagnóstico foi confirmado via tomografia computadorizada (TC) e a drenagem percutâneo com acesso via asa do ilíaco, guiado por TC, foi realizado, com grande vazão de coleção purulenta, sendo deixado um dreno tipo penrose na cavidade. Com a remissão do abscesso e da peritonite, o paciente recebeu alta hospitalar no 21º PO. DISCUSSÃO: O abscesso de iliopsoas são categorizados como primários, quando sua origem é por disseminação hematogênica ou linfática de um órgão distante, ou como secundários, quando a disseminação provém de algum órgão adjacente. A principal causa de abscesso do iliopsoas são processos inflamatórios intra-abdominais, principalmente gastrointestinais. Nesse sentido, a doença de Chron é a principal etiologia, mas outras causas incluem apendicite, diverticulite e carcinomas colorretais. Osteomielite vertebral e artrite séptica são exemplos de etiologias não-gastrointestinais. A apresentação clínica geralmente envolve dor em flanco e região lombar, febre e alterações na marcha. Pode se apresentar como massa inguinal. No presente caso, a suspeição foi levantada com a presença de dor ao movimento do quadril direito bem como a região de hiperemia em membro inferior. O diagnóstico é feito com exame de imagem, sendo a TC o exame de escolha. Abscessos pequenos podem ser tratados apenas com antibióticos, o que não se aplicava a este paciente, já que o abscesso se estendia da coluna lombar até o MID. A drenagem minimamente invasiva guiada por TC é uma opção segura e mitiga os riscos e custos de uma cirurgia aberta. A abordagem cirúrgica é recomendada no caso de falha da percutânea. Além do diagnóstico e de guiar a drenagem, a tomografia permite definir a evolução e resolução do caso.

Palavras-chave: Abscesso de Iliopsoas; Apendicite Complicada; Abscesso Retroperitoneal

ID: 113569

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Vinícius Andreotti Segala / Segala, V. S. / UNISA; Thiago Seibel Storch / Storch, T. S. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Isabella Magnago Batista / Batista, I. M. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Thales Felipe Pereira / Pereira, T. F. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer, B. M. / UNISA; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, E. J. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Gabriela Ribeiro de Souza / Souza, G. R. / UNISA; Bianca Oliveira Amorim / Amorim, B. O. / UNISA;

Título: ABSCESSO ESPLÊNICO EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO POR HIV: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O abscesso esplênico é uma doença infecciosa pouco frequente, porém com um número crescente de casos. Um dos fatores de risco importantes para a condição é a imunossupressão, tais como pacientes que apresentam a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), entidade clínica decorrente da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que tem como alvo o sistema imunológico. Pacientes com abscesso esplênico costumam apresentar dor abdominal em hipocôndrio esquerdo, esplenomegalia, febre, calafrios, náuseas e vômito. O diagnóstico é feito com base nos achados clínicos e exames de imagem, sendo a ultrassonografia e tomografia computadorizada (TC) com contraste de abdome os exames de escolha para o diagnóstico. O tratamento varia desde o tratamento clínico com antibioticoterapia (ATB) sistêmica, drenagem percutânea ou até mesmo a esplenectomia total. A doença é responsável por graves complicações com alto índice de mortalidade na ausência de terapêutica adequada. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 34 anos, portadora de HIV, etilista crônica, com abandono da terapia antirretroviral (TARV) há 7 meses, antecedente de pancreatite aguda alcoólica. Apresenta-se com dor abdominal em epigástrio há 6 dias, irradiando em faixa para dorso em andar superior, febre não aferida, náuseas, sem vômitos e inapetência. Também relata disúria e polaciúria há 5 dias. Iniciado ATB na admissão. Paciente apresentou choque séptico, abordada com noradrenalina, soro fisiológico e vigilância hemodinâmica. Urocultura evidenciou a presença de Escherichia Coli, enquanto uma hemocultura evidenciou presença de Staphylococcus. Um abscesso esplênico foi evidenciado por uma TC de abdome com contraste, sendo então realizada uma laparotomia exploradora, esplenectomia e drenagem de coleção purulenta de cerca de 1L. Paciente apresentou descompensação hemodinâmica no intra operatório, com necessidade de transfusão de hemoconcentrado e plasma, noradrenalina, manutenção da sedação, intubação orotraqueal e encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva. Após progressão para regular estado geral paciente recebeu alta no 21º dia pós-operatório. DISCUSSÃO: O abscesso esplênico é uma doença incomum que tipicamente se apresenta a partir de um foco infeccioso, sendo no caso em questão um possível foco causador, a sepse urinária apresentada pela paciente. A literatura disponível evidencia que o abscesso esplênico também possui como importante fator de risco a imunossupressão, estando a paciente incluída no grupo após abandono da TARV há 7 meses da data de apresentação dos sintomas, e que em suspeitas de infarto ou abscesso esplênico a TC com contraste deve ser utilizada para investigação do caso, sendo este utilizado para o diagnóstico deste caso. A drenagem e ressecção do baço afetado é ideal, sendo muitas vezes necessária a esplenectomia, sendo este o procedimento realizado para tratamento do caso desta paciente.

Palavras-chave: Abscesso Abdominal; Baço; HIV

ID: 113496

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rafael Figueiredo Queiroz de Souza / SOUZA, R. F. Q. / COMPLEXO HOSPTILAR DE CUIABA; Felipe Mota Gaudencio de Brito / BRITO, F.M.G / COMPLEXO HOSPITALAR DE CUIABA; Gabriella Marques Linaldi / LINALDI, G.M / UNIVERSIDADE FERDERAL DE MATO GROSSO; Karina Aragao Ferraz / FERRAZ, K.A / UNIVERSIDADE FERDERAL DE MATO GROSSO; Henrique Bruno Damasceno Pessoa / PESSOA,H,B,D / COMPELXO HOSPITALAR DE CUIABA;

Título: APENDAGITE EPIPLÓICA DO APÊNDICE CECAL: UM RELATO DE CASO.

INTRODUÇÃO: A apendagite epiplóica (AE) é uma causa rara de dor abdominal, sendo uma patologia autolimitada, causada por alterações inflamatórias e isquêmicas do apêndice epiplóico. Os achados clínicos e semiológicos desse quadro se assemelham a outras causas de abdome agudo e o diagnóstico correto é essencial para evitar procedimentos desnecessários e diminuir custos, tendo em vista que se trata de condição benigna e, na maioria das vezes, resolvida com tratamento conservador. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso raro de dor abdominal aguda causada por AEA e discutir a propedêutica adequada. RELATO DE CASO: A.B.P, sexo feminino, 42 anos, chega ao serviço de cirurgia geral com quadro de dor abdominal de início agudo em quadrante inferior direito, sem outras queixas gastrointestinais. Ao exame físico, relatou dor à palpação abdominal profunda em fossa ilíaca direita. Apresentou exames laboratoriais sem alterações. Ao exame de imagem complementar foi evidenciada inflamação periapendicular e densificação da gordura adjacente ao apêndice. Os diagnósticos diferenciais elencados foram de apendicite em estágio inicial e apendagite epiplóica. Paciente foi submetida videolaparoscopia exploradora e exame anatomopatológico, sendo confirmado o diagnóstico de apendagite epiplóica do apêndice cecal. DISCUSSÃO: A apendagite epiplóica é uma rara entidade clínica, mas com bom prognóstico, com incidência ainda subestimada, possuindo estimativa de 2-7% dos casos clínicos suspeitos de abdome agudo, acometendo mais frequentemente o sexo masculino, com pico de incidência em indivíduos na quinta década de vida. Ainda que possa acometer qualquer segmento do cólon, tem maior frequência em cólon sigmóide, descendente e ascendente, sendo extremamente rara a apendagite epiplóica do apêndice cecal. Geralmente, a AE possui evolução espontânea e benigna e a abordagem cirúrgica se restringe aos casos de dúvida diagnóstica, indisponibilidade de exames de imagem e ausência de resposta clínica, além de prevenção de recorrências e para o tratamento de complicações locais. Nesses casos, o procedimento de escolha é por videolaparoscopia, com ligadura e excisão do apêndice e tecido inflamado. No caso relatado, a tomografia realizada pela paciente demonstrava imagem de apêndice epiplóico com sinais de inflamação periapendicular, criando um desafio diagnóstico. Devido a motivos clínicos e buscando melhor prognóstico, tendo em vista a natureza pouco invasiva da cirurgia, foi optado pela realização de videolaparoscopia exploradora, evidenciando apendagite epiplóica, sendo realizada a apendicectomia, sem intercorrências e com rápida recuperação da paciente após a intervenção.

Palavras-chave: APENDAGITE; APENDICITE ; APENDAGITE EPIPLOIDE

ID: 113359

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriel Silva Rocha / ROCHA, G.S. / HOSPITAL ANA NERY; Filipe Das Mercês Ramos da Silva / SILVA, F.M.R. / HOSPITAL ANA NERY; Naiah Eneas da Silva Almeida / ALMEIDA, N.E.S. / HOSPITAL ANA NERY; Juliana Oliveira Gonçalves / GONÇALVES, J.O. / HOSPITAL ANA NERY; Camile Santa Rosa e Silva / SILVA, C.S.R. / HOSPITAL ANA NERY; Guilherme Cabral Tanuri Marques / MARQUES, G.C.T. / HOSPITAL ANA NERY; Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo / ROMEO, A.C.D.C.B. / HOSPITAL ANA NERY; André Luis Barbosa Romeo / ROMEO, A.L.B. / HOSPITAL ANA NERY;

Título: CISTO SACROCOCCÍGEO - FECHAMENTO POR APROXIMAÇÃO DE BORDAS

Introdução Doença pilonidal é a denominação mais adequada para o cisto pilonidal, que consiste em um problema crônico. Pode mostrar várias apresentações: abscessos, orifícios que eliminam pus (fístulas), tecido morto (necrose) e espaços e túneis debaixo da pele. Esta é uma doença que não cicatriza espontaneamente se não for tratada adequadamente. O cisto pilonidal consiste em processo inflamatório crônico que ocorre com bastante frequência na região sacrococcígea, estando geralmente associado à presença de pelos intrusos. É mais comum em homens do que mulheres na razão de 3:1, principalmente no início da terceira década de vida. O cisto sacrococcígeo tem etiologia ainda controversa; hipótese mais aceita se refere a obstrução dos folículos pilosos. Fatores de risco são: sexo masculino, obesidade, trauma local, higiene inadequada e pressão local por longos períodos (posição sentada). Nos últimos anos, estudos focam realizados quanto ao fechamento ou não da ferida cirúrgica: o fechamento completo primário apresenta mais rápida cicatrização e retorno precoce as atividades laborais, porém com risco considerável de deiscência e dor local; a ferida deixada completamente aberta para ocorrer o fechamento por segunda intenção, ocasiona prolongado tempo de cicatrização, demora no retorno às atividades laborativas e gastos com curativos; já o fechamento parcial da ferida parece proporcionar maior conforto ao paciente, menos dor e curativos e retorno precoce ao trabalho. Objetivo Relatar o caso de paciente portador de cisto pilonidal tratado com técnica de aproximação parcial das bordas da ferida. Método Paciente do sexo masculino, 19 anos, comparece ao consultório referindo dor e saída de secreção serossanguinolenta em região sacral há 15 dias, nega febre e outros comemorativos. Ao exame físico observa-se a presença de cisto pilonidal com dois orifícios, sem sinais flogísticos no momento. Indicado tratamento cirúrgico. Resultados Paciente encaminhado para cirurgia eletiva, sob anestesia intradural, submetido à ressecção elíptica de toda a lesão (até a fáscia pré-sacral), sendo optado por aproximação parcial das bordas da ferida cirúrgica com pontos separados, absorvíveis. obtendo alta hospitalar em 6h. Paciente sendo acompanhado ambulatorialmente, evoluindo sem complicações cirurgicas, referindo algia de baixa intensidade e retornando às atividades habituais em sete dias. Cicatrização completada em 36 dias. Conclusões A aproximação das bordas da ferida cirúrgica, na ressecção do cisto pilonidal, parece dar mais conforto ao paciente com diminuição da dor pós-operatória, menor necessidade de curativos e tempo de cicatrização, além de retorno às atividades habituais com maior rapidez.

Palavras-chave: CISTO SACROCOCCIGEO; CISTO PILONIDAL

ID: 113398

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Pedro Amorim / Amorim,O . P / Hospital Sao Luiz Itaim; Carlos Eduardo Domene / Domene, E.C / Hospital Sao Luiz Itaim; Paula Volpe / Volpe, P / Hospital Sao Luiz Itaim; Andre Santana / Santana, A / Hospital Sao Luiz Itaim; William Giglio / Giglio, W / Hospital Sao Luiz Itaim; Adriana Meiglice / Meiglice, A / Hospital Sao Luiz Itaim;

Título: COLECISTECTOMIA E HERNIOPALSTIA INGUINAL ESQUERDA TAPP PLATAFORMA VERSIUS - RELATO DE CASO

OBJETIVO Relatar experiência da equipe utilizando nova plataforma Robótica VERSIUS em intervenção cirúrgica conjunta devido quadros de base: hérnia inguinal a esquerda e colecistopatia calculosa , mostrando viabilidade da realização em mesmo tempo cirúrgico de procedimentos dispares acesso diferentes regiões do abdome com os mesmos acessos cirúrgicos e dados estatísticos da intervenção conjugada . METODO Relato de caso, dados estatísticos de intervenção cirúrgica dupla em mesmo tempo operatório ,empregando mesmos portais cirúrgicos , mudando apenas as posições dos braços cirúrgicos que , nesta nova plataforma , são individualizados e independentes . RESULTADOS Constatamos a plausibilidade da realização de em mesmo tempo cirúrgico manipular abdome superior e inferior sem a necessidade de novas incisões , utilizando a plataforma Versius , apenas mudando posições dos bracos robóticos em relação a posição do paciente em mesa cirúrgica. CONCLUSOES Ainda que não preconizado e realizado pela equipe responsável pelo desenvolvimento da nova plataforma robótica a equipe obteve sucesso na intervenção cirúrgica , tempo de reposicionamento dos braços robóticos (neste caso representado pelas torres) foi considerado irrelevante estatisticamente , obtendo melhor resultado estético e menos dor ao paciente submetido a intervenção já que foram realizadas menos incisões .

Palavras-chave: Versius; TAPP; Robotica

ID: 113547

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Emanuel da Silva Oliveira Neto / Oliveira Neto, E. S. / UNISA; Thiago Seibel Storch / Storch, T. S. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Isabella Magnago Batista / Batista, I. M. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Thales Felipe Pereira / Pereira, T. F. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer, B. M. / UNISA; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, E. J. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Rafael Rodrigues Lourencini / Lourencini, R. R. / Hospital Geral do Grajaú; Giovana da Costa Pinto / Pinto, G. C. / UNISA;

Título: ESPLENECTOMIA POR ABSCESSO ESPLÊNICO REFRATÁRIO A ANTIBIOTICOTERAPIA

INTRODUÇÃO: Abscesso esplênico é uma doença rara, associada com imunossupressão, sendo uma das causas de sepse intra-abdominal. Ultimamente houve um aumento da sua incidência, devido ao maior uso de drogas quimioterápicas em doentes oncológicos, drogas imunossupressoras em transplantados e maior número de pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. Os sintomas são: febre, hiporexia, náuseas, vômitos, calafrios e dor no hipocôndrio esquerdo associados com leucocitose e esplenomegalia, tornando o diagnóstico desafiador. Os fatores predisponentes associados ao abscesso esplênico são: trauma esplênico, quimioterapia, infecções contíguas e tumores malignos do baço. O melhor exame para investigação é a ultrassonografia pelo seu baixo custo e fácil acesso. Entretanto, a tomografia computadorizada é o exame de maior precisão. O tratamento clássico é a esplenectomia. Este trabalho tem como objetivo expor um relato de caso de um paciente com o quadro de esplenectomia por abscesso esplênico refratário a antibioticoterapia e ressaltar a importância de um bom diagnóstico. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 52 anos, sem antecedentes, etilista importante há 30 anos, apresenta-se hipocorado (+2/+4) referindo astenia há 8 dias, associada a episódios de síncope. Tomografia Computadorizada de Abdome evidenciou área liquefeita com focos gasosos de permeio no baço, localizada na periferia anterior, com menos de 5 cm. Realizada Endoscopia Digestiva Alta que evidenciou edema e enantema leve em mucosa gástrica, verificando antro adelgaçado com visualização dos vasos da submucosa, além de placas elevadas de características esbranquiçadas, compatível com atrofia de mucosa gástrica e metaplasia intestinal. Mantida antibioticoterapia de entrada, seguindo com realização de Esplenectomia sem intercorrências e boa evolução, recebendo alta 4 dias após procedimento. Paciente retornou ao 14º dia para vacinação anti-pneumocócica. DISCUSSÃO: O diagnóstico de abscesso esplênico ainda é um desafio, uma vez que os pacientes costumam apresentar quadro clínico inespecífico. O avanço dos métodos de diagnóstico por imagem têm permitido o diagnóstico precoce, alterando o manejo da doença, auxiliando na melhor estratégia de abordagem desses pacientes, podendo trazer, cada vez mais, resultados satisfatórios para os mesmos. A associação com quadros de imunossupressão é uma das causas diretas de sepse intra abdominal, tendo sua incidência aumentada nos últimos anos pelo maior uso de drogas quimioterápicas em pacientes oncológicos, drogas imunossupressoras em transplantados, como também aumento do uso indiscriminado de antibioticoterapias, componentes clássicos dos fatores de predisposição e desenvolvimento do abscesso esplênico.

Palavras-chave: Esplenectomia; Abscesso; Antibioticoterapia

ID: 113356

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Roque Beltrão Batista / Batista, R. B. / UNICAMP; Mayara Galisse Negrão / Negrão, M. G. / UNICAMP; Caique Fernandes Alves / Alves, C. F. / UNICAMP; Fernanda Dias Teramoto / Teramoto, F. D. / UNICAMP; Ana Elisa Dias de Souza / Souza, A. E. / UNICAMP;

Título: FASCIÍTE NECROSANTE ASSOCIADA A INFECÇÃO POR COVID: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A fasciíte necrosante é uma por infecção grave caracterizada por necrose de tecidos moles. Está relacionada a pacientes em condições de imunossupressão e apresenta alta morbidade e mortalidade. A associação com COVID-19 não é clara na literatura, no entanto, alguns autores afirmam que a linfopenia associada ao COVID pré-dispõe a estados pró inflamatórios e pró trombóticos resultando em falência tecidual e infecções. Neste relato de caso paciente masculino de 35 anos hígido apresentou fasciíte necrotizante associada a COVID-19. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 35 anos, previamente hígido, com história de prurido anal, associado a edema escrotal há 4 dias, procurou atendimento sendo prescrito cefalexina. No dia seguinte houve piora significativa dos sintomas. Imediatamente transferido para o Hospital de Clínicas Unicamp, negou comorbidades prévias, diabetes mellitus, HIV ou condições de imunossupressão. Ao exame de admissão, apresentava 80/60 mmHg de pressão arterial, 122 bpm de frequência cardíaca, saturação de 100% em ar ambiente, em regular estado geral, descorado ++/4+, ictérico, Glasgow 15, com tempo de enchimento capilar maior do que 3 segundos. Ausculta cardíaca e respiratória dentro da normalidade. Abdome: edema, hiperemia e dor a palpação em região de hipogástrio; períneo com presença de edema, dor local importante e odor extremamente fétido, apresentando áreas de necrose tecidual. Membros inferiores: Edema e hiperemia em raiz de coxa principalmente a esquerda. Iniciado protocolo para sepse: coleta de culturas, antibioticoterapia, reposição volêmica e droga vasoativa. Coletado sorologias para Hepatites, HIV e demais doenças infectocontagiosas relacionadas e PCR para Covid-19. Após estabilização hemodinâmico foi realizado tomografia computadorizada de abdome e pelve para programação cirúrgica de desbridamento. Na UTI manteve-se em assistência ventilatória e suporte intensivo e após 24 horas fora realizada colostomia em alça para desvio de trânsito e revisão do desbridamento. Recebe alta para enfermaria após 3 dias em UTI, onde o resultado do teste RT PCR Covid-19 apresentou-se positivo, e não apresentava sintomas respiratórios. O acompanhamento das lesões desbridadas é feito pela Equipe de Cuidados de Feridas e Curativos. DISCUSSÃO: As consequências da infecção por COVID-19 são multissistêmicas e ainda pouco conhecidas mas sabe-se que pode aumentar a probabilidade de os pacientes desenvolverem infeções graves. Fasciíte necrosante associa-se com diabetes, idade avançada e condições de imunossupressão, neste caso a linfopenia pela COVID-19 que possibilitara rápida progressão da infecção dos tecidos Os achados de fasciíte necrosante devem ser tratados adequadamente. A intervenção cirúrgica associada a antibioticoterapia não devem ser adiados pois a disseminação da infecção é letal.

Palavras-chave: COVID-19; fasciíte necrosante

ID: 112943

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ana Beatriz Nogueira Magri / Magri, A.B.N. / Faculdade de Medicina de santo Amaro; Eduardo José Domingues / Domingues, E.J. / Faculdade de Medicina de Santo Amaro; Isabella Perin Martins da Silva / Silva, I.P.M. / Faculdade de Medicina de Santo Amaro; Guilherme Prianti de Andrade / Andrade, G.P / Faculdade de Medicina Santo Amaro; Orlando Contrucci Filho / FIlho, O.C. / Coordenador da Cirurgia Geral do Serviço do Hospital Regional Sul e Professor da Clínica Cirúrgica na Universidade Santo Amaro;

Título: FÍSTULA ENTEROVESICAL: UMA COMPLICAÇÃO DA DOENÇA DE CROHN

Introdução: A Doença de Crohn (DC) foi descrita pela primeira vez em 1932, pelo médico Burrill Crohn, denominando "ileíte regional. Ela atinge mais de 5 milhões de pessoas no mundo e no Brasil, sendo a incidência média de 7 a cada 100 mil habitantes. É caracterizada como uma doença inflamatória intestinal (DII) que pode acometer da boca ao ânus e cursa com inflamação transmural assimétrica, com predileção à região íleo-colônica. As manifestações dependem da região acometida e os sintomas recorrentes são dor abdominal, diarreia, perda ponderal, podendo cursar com manifestações extraintestinais. O diagnóstico é clínico e achados de exames radiológicos e histológicos. As complicações da DC incluem estenose, fístulas, abcessos intra abdominais ou obstrução. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 56 anos, portador de DC há 25 anos, com acompanhamento médico irregular e uso da medicação apenas quando sintomático. Nos últimos meses apresentou infecção urinária (ITU) de repetição e dores em baixo ventre sem melhora, associado a disúria e emagrecimento. Negava comorbidades e vícios. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, emagrecido, corado, eupneico e afebril. Exame cardiopulmonar normal e abdome plano, doloroso à palpação e sem visceromegalias. Foi solicitado colonoscopia e tomografia computadorizada de abdome (CT). Na colonoscopia observou-se lesões compatíveis com a DC, e a CT de abdome apresentava sinais da doença em íleo, o qual estava aderido a bexiga com presença de ar dentro dela, sendo estes, sinais da presença de fístula. Tratou-se a ITU e foi indicada laparotomia exploratória. O intraoperatório evidenciou uma extensão de 20 cm de alça ileal bloqueada na bexiga e cólon sigmóide formando uma grande massa inflamatória. Após desfazer o bloqueio, identificou-se uma área de 15 cm espessada e estenótica, posto que no local de maior estenose havia invasão para bexiga promovendo fístula e aderências no cólon sigmóide com dois pontos de perfuração em torno de 0,5 cm dos quais foram suturados. Após a rafia da bexiga, optou-se por fechar o coto ileal próximo à válvula ileocecal e realizar anastomose do íleo com cólon ascendente, que não apresentava sinais da doença. Discussão: Constata-se que a DC tem maior prevalência em pacientes com histórico familiar de DII e tabagistas. Há predileção para íleo e cólon, tornando o paciente suscetível a complicações, sendo a estenose a mais comum. O caso elucidou um quadro clínico, inicialmente, pouco sugestivo de complicações da DC, visto que o paciente deu entrada com história de ITU de repetição e dor em baixo ventre, não apresentando comorbidades e vícios. Ademais, o paciente evoluiu com fístula, progressão não habitual da DC, sendo esta apenas 30% das complicações da doença e as fístulas enterovesicais, correspondem apenas 2% delas. Sugere-se que a evolução do caso pode estar atrelada à má adesão ao tratamento, visto que, o paciente referiu uso irregular da medicação.

Palavras-chave: Fístula enterovesical ; Doença de Crohn; Complicações

ID: 113578

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rubens Thadeu Mangilli de Menezes / Menezes, R. T. M. / Hospital São José Criciúma; Ana Carolina Nurenberg / Nurenber, A. C. / Hospital São José Criciúma; Fabricio Souza Bitencourt / Bitencourt, F. B. / Hospital São José Criciúma; Jean Ricardo Silvestre / Silvestre, J. R. / Hospital São José Criciúma; Jose Guezzi Junior / Guezzi Jr., J. / Hospital São José Criciúma; Giovanna Patricio Feltrin / Feltrin, G. P. / Hospital São José Criciúma;

Título: LEIOMIOMA RETROPERITONIAL GIGANTE

M.A.G.S., 52 anos, feminino, hipotireoidea, diabética e hipertensa. Deu entrada no pronto socorro apresentando dor abdominal com evolução de 30 dias, tipo compressiva, intermitente, associada a náuseas e emese. Referia também perda ponderal de 6kg em 20 dias. Negava constipação. TC de abdome mostrando formação expansiva heterogênea, com densidade predominantemente de gordura, com septações irregulares e formações císticas em seu interior, medindo cerca de 39,5 x 25,5 x 31,8cm (L x AP x T), ocupando boa parte da cavidade abdominal, se estendendo da região pélvica direita até o epigástrio, com epicentro retroperitoneal, notadamente a direita, deslocando todo o mesentério para esquerda e deslocando ântero-medialmente o rim direito. O aspecto é compatível com lipossarcoma retroperitoneal. Foi realizada biopsia percutânea guiado por Ultrassom e resultado com achados compatíveis com lipossarcoma. Paciente foi encaminhada ao ambulatório de cirurgia oncológica para agendamento de cirurgia. Realizada laparotomia exploradora, com exérese da lesão e preservação renal, massa apresentava aproximadamente 13kg. Obteve boa evolução pos operatória e retornou no ambulatório 47 dias após a cirurgia, assintomática e mostrando resultado de anatomopatológico que apresentou neoplasia bem diferenciada composta ora por adipócitos maduros, ora por células fusiformes, aspectos compatíveis com lipossarcoma. Imuno-histoquimica compatível com tumor lipomatoso atípico/lipossarcoma bem diferenciado (grau1). A mesma mantem seguimento no ambulatório, até o momento segue assintomática e apresenta tomografia sem sinais de recidiva da doença.

Palavras-chave: Leiomioma; Cancer; Retroperitonio

ID: 113470

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Sabrine Aguiar de Souza / Souza, S.A. / Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); Leonardo Erik Bohn / Bohn, L.E. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Cristiane Escolastica dos Santos / Santos, C.E. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Luís Felipe Chagas Maronezi / Maronezi, L.F.C. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Nathalia Ribeiro Pinho de Sousa / Sousa, N.R.P. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Lucas Duda Schmitz / Schmitz,L.D. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Juarez Antonio Dal Vesco / Dalvesco, J.A. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Jorge Roberto Marcante Carlotto / Carlotto, J.R.M. / Universidade Federal da Fronteira Sul;

Título: LIPOSSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE RELATO DE CASO

Introdução: Tumores retroperitoneais apresentam incidência estimada de 0,2% dentre todas as neoplasias diagnosticadas. A epidemiologia revela um predomínio de indivíduos do sexo masculino com idade entre 40 e 60 anos e fatores de risco ainda não estão bem estabelecidos na literatura, embora um histórico de radioterapia prévia, trauma e exposição a agentes químicos se configurem como possíveis fatores predisponentes. Nosso objetivo é relatar um caso de tumor retroperitoneal com grandes dimensões. Relato de caso: Paciente feminina, 71 anos, previamente hígida. Quadro clínico de dor abdominal à esquerda, emagrecimento, náuseas e vômitos. A investigação com tomografia computadorizada revelou volumosa massa retroperitoneal esquerda de padrão heterogêneo, densidade de partes moles e tecido gorduroso, com deslocamento de rim esquerdo e demais estruturas ipsilaterais. Após suspeita de natureza neoplásica e devido a sintomatologia da pciente, procedeu-se com a passagem de stent ureteral esquerdo (facilidade para identificação do ureter durante a cirurgia) e retirada cirúrgica da lesão por manobra de Mattox de rotação visceral esquerda. Análise anatomopatológica da peça, confirmou o diagnóstico de lipossarcoma retroperitoneal. A paciente apresentou evolução pós-operatória sem intercorrências em curto prazo. Discussão: Lipossarcomas retroperitoneais são tumores raros e tipicamente diagnosticados em estágios avançados, grandes o suficiente para compressão de estruturas adjacentes. O estadiamento envolve exames de imagem (avaliação de localização, extensão e possibilidades cirúrgicas) e biópsia transcutânea. As particularidades macroscópicas, os grandes tamanhos tumorais e a dificuldade para acesso e ressecção cirúrgica conferem altos graus de recidiva e disseminação sistêmica em tumores retroperitoneais, com acometimento de fígado, pulmões e demais estruturas adjacentes em até 80% dos casos nos 5 anos subsequentes à descoberta. O tratamento é realizado tipicamente pela ressecção total do tumor em abordagem cirúrgica única, embora 12% dos pacientes se apresentem com lesões irressecáveis momento do diagnóstico. Conclusão: O prognóstico de pacientes com sarcomas retroperitoneais está diretamente relacionado ao correto diagnóstico e manejo cirúrgico com ressecção R0, único tratamento potencialmente curativo para esse perfil de neoplasia.

Palavras-chave: lipossarcoma; retroperitônio; sarcoma

ID: 112670

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Amanda Mesquita Grangeiro / Grangeiro, A. M. / FAMERP; Adriano Silvério da Paixão Filho / Filho, A. S. P. / FAMERP; Laura Ignacio da Cunha / Cunha, L. I. / FAMERP; Letícia da Silva Costa / Costa, L. S. / FAMERP; Bruno Vita Ricci / Ricci, V. R. / FAMERP; Anwar Fausto Felix Sabbag / Sabbag, A. F. F. / FAMERP; Jorge Adas Dib / Dib, J. A. / FAMERP; Sérgio Carvalho / Carvalho, S. / FAMERP;

Título: MIELOLIPOMA GIGANTE DE GLÂNDULA ADRENAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Introdução Mielolipoma é uma neoplasia rara, não funcional e benigna, com etiologia desconhecida, que acomete predominantemente a glândula adrenal. Sua formação, apresenta componente adiposo e tecido hematopoiético maduro, semelhante ao da medula óssea. Na maioria dos casos são assintomáticos, porém, o uso difundido dos exames de imagem nas últimas décadas tem resultado num aumento significativo do diagnóstico acidental de massas adrenais. adrenal Relato de Caso Paciente do sexo masculino, 56 anos, diabético, etilista e tabagista crônico; encaminhado ao ambulatório de cirurgia Oncológica do Hospital de Base, após realização de ultrassom de abdome, para investigação de edema de membros inferiores. O exame evidenciou presença de massa volumosa entre baço e rim esquerdo, sem outras especificações. Ao exame físico, identificado tumoração palpável em hipocôndrio esquerdo, levemente dolorosa à palpação profunda do abdome. Submetido a tomografia e ressonância de abdome que demonstraram grande massa circunscrita em topografia de adrenal esquerda, com componente gorduroso, medindo 14x11cm, provocando desvio caudal do rim esquerdo. Tais achados, poderiam ser sugestivos de mielolipoma de adrenal ou angiomiolipoma renal. Foi então submetido a biópsia percutânea guiada por tomografia, com presença de fragmentos de córtex da suprarrenal e tecido fibro-adiposo, sem alterações histológicas significativas, sugestivo de mielolipoma. Optado por realização de laparotomia exploradora com adrenalectomia esquerda, sem intercorrências. Avaliação patológica da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de mielolipoma, sem evidências de malignidade. Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, com alta precoce para acompanhamento ambulatorial. Discussão A raridade de casos de mielolipomas de adrenal, impactam no consenso em seu tratamento devido a falta de estudos randomizados sobre o tema. A revisão da literatura atual permite concluir como aceitável a indicação cirúrgica em lesões sintomáticas e nos casos de sangramento. Lesões assintomáticas, nas quais foram possíveis descartar alterações malignas, podem ser acompanhadas regularmente por exames de imagem. Lesões maiores de 10 cm de diâmetro são denominadas gigantes, sendo essas mais propensas a apresentarem sintomas, devido efeitos de compressão extrínseca, hemorragias intralesionais e infartos, dessa forma, alguns estudos sugerem realização de abordagem cirúrgica a fim de reduzir os riscos de evolução desfavorável.

Palavras-chave: mielolipoma; adrenal; adrenalectomia

ID: 113370

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Adriano Silvério da Paixão Filho / FILHO, A.S.P / FAMERP - Hospital de Base de São José do Rio Preto; Amanda Mesquita Grangeiro / Grangeiro, A. M. / FAMERP - Hospital de Base de São José do Rio Preto; Lara Godela Delatore / Delatore, L.G / FAMERP - Hospital de Base de São José do Rio Preto; Anwar Fausto Felix Sabbag / Sabbag, A.F.F / FAMERP - Hospital de Base de São FAMERP - Hospital de Base de São José do Rio Pretodo Rio Preto; Jorge Adas Dib / Dib, J.A. / FAMERP - Hospital de Base de São José do Rio Preto; Sérgio Carvalho / Carvalho, S. / FAMERP - Hospital de Base de São José do Rio Preto; Bruno Vita Ricci / Ricci, V.R / FAMERP - Hospital de Base de São José do Rio Preto; Amanda Carreão / Carreão, A / FAMERP - Hospital de Base de São José do Rio Preto;

Título: NEUROFIBROMATOSE TIPO 1 + FEOCROMOCITOMA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Introdução: O feocromocitoma é um tumor raro que origina-se das células cromafins do sistema simpático adrenal. A neurofibromatose tipo 1 (doença de von Recklinghausen) é uma afecção hereditária, autossômica dominante que acomete os sistemas tegumentar, nervoso, vascular e gastrointestinal. O objetivo é relatar um caso clínico da associação pouco frequente de ambas as condições, por meio da revisão do prontuário da paciente E.C.B.O, do Hospital de Base de São José do Rio Preto. RESULTADOS: Paciente de 45 anos, sexo feminino, portadora de neurofibromatose tipo 1 (NF1), compareceu ao pronto atendimento do Hospital de Base devido a quadro de parestesia, paresia em dimidio esquerdo, seguido de dor torácica e cefaléia em região occipital. Foi diagnosticado Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. Durante a internação, apresentou picos hipertensivos, com tremores, náuseas, vômitos, sudorese e taquicardia. Investigação de hipertensão arterial sistêmica (HAS) secundária evidenciou catecolaminas e metanefrinas urinárias aumentadas. Tomografia de abdome e cintilografia com MIBG evidenciaram lesão em adrenal direita captante do radiofármaco. Após preparo pré-operatório com alfa e beta-bloqueadores, foi realizada adrenalectomia direita via convencional. O controle da veia adrenal direita foi realizado com uso de clipes metálicos e a lesão foi ressecada sem intercorrências. A paciente teve excelente evolução pós-operatória e recebeu alta assintomática. Os estudos anatomopatológico e imunohistoquímico constataram feocromocitoma benigno e a paciente segue em investigação ambulatorial. CONCLUSÕES: A associação entre feocromocitoma e NF1 é rara. Apenas 2% dos portadores de NF1 apresentam feocromocitoma. Entretanto, cerca de 50% dos indivíduos portadores de NF1 e HAS tem diagnóstico de feocromocitoma durante a investigação de HAS secundária. Reitera-se assim a importância do conhecimento e suspeição da coexistência de NF1 e Feocromocitoma, sobretudo em pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Feocromocitoma; Neurofibromatose tipo 1; Adrenalectomia

ID: 113554

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Pedro Luis Maldonado Muñoz / MUNOZ, P. / UFCSPA/ISCMPA; Stefano Ricardo Mora Lopez / LOPEZ, S. / UFCSPA/ISCMPA; David Francisco Bravo Lopez / LOPEZ, D. / UFCSPA/ISCMPA; Mateus Henrique Schneider / SCHNEIDER, M. H. / UFCSPA/ISCMPA; Isabela Contin / CONTIN, I. / HSL/PUCRS; Mohamad Hassan Hamaoui / HAMAOUI, M. / UFCSPA/ISCMPA;

Título: PARAGANGLIOMA DE ZUCKERKANDL: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Os paragangliomas, também denominados feocromocitomas extra-adrenais, são tumores/neoplasias neuroendócrinas raras que surgem dos gânglios autonômicos paravertebrais (extra-adrenais). São constituídos por células neuroendócrinas e se distribuem da base do crânio ao assoalho pélvico, possuindo a capacidade de secretar catecolaminas e produzir uma síndrome adrenérgica (paragangliomas funcionais). Paragangliomas não funcionais, isto é, incapazes de secretar tais substâncias, são ainda mais raros. Neste caso, os principais sintomas associados são dor abdominal inespecífica ou presença de massa abdominal palpável. RELATO DO CASO: Paciente masculino, 53 anos de idade, com dor abdominal que apresentava um tumor retroperitoneal situado junto ao mesentério, estendendo-se ao espaço pré vascular e pararrenal anterior, mantendo íntimo contato com alças ileais. Os níveis séricos de catecolaminas estavam normais. Foi realizada ressecção completa do tumor, procedimento sem intercorrências. O exame histológico e as análises imunohistoquímicas selaram o diagnóstico de paraganglioma do órgão de Zuckerkandl. CONCLUSÃO: Apesar de sua baixa prevalência, os paragangliomas para-aórticos não funcionantes devem ser considerados no rol de diagnósticos diferenciais em pacientes que se apresentem com massa abdominal. Deve-se atentar, ainda, para o diagnóstico diferencial com os sarcomas de retroperitônio. O diagnóstico presuntivo pode ser feito mediante tomografia computadorizada de abdômen. O tratamento é cirúrgico, com ressecção completa da lesão, e o diagnóstico definitivo é confirmado através de estudo histopatológico e imunohistoquímico.

Palavras-chave: Paraganglioma; Feocromocitomas; tumor neuroendócrino

ID: 113603

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Fernando Chinaidre Eyer / Eyer, F. C. / Hospital Municipal Miguel Couto; Eduardo Hermida Quirino / Quirino, E. H. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Bruna Mendes Argolo / Argolo, B. M. / Hospital Municipal Miguel Couto; Bruno de Souza Barros da Costa / Costa, B. S. B. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Carolina Oliveira Bittencourt / Bittencourt, C. O. / Universidade Federal do Rio de Janeiro; Taiana Teixeira Dias / Dias, T. T. / Universidade Estácio de Sá; Paulo Valle Do Couto Soares / Soares, P. V. C. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques; Bruno Souto Esses / Esses, B. S. / Fundação Técnico Educacional Souza Marques;

Título: RELATO DE CASO: COMPLICAÇÕES DE RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO INTESTINAL PÓS COLECTOMIA ATÍPICA

INTRODUÇÃO: A reconstrução do trânsito intestinal consiste na anastomose do segmento no qual foi realizada uma ostomia terminal com o coto restante. Tal procedimento se realiza após resolução da condição que levou à colostomia ou ileostomia. Antes da cirurgia, indica-se colonoscopia via anal e de óstio da colostomia. As principais intercorrências incluem: infecção e deiscência de ferida, formação de fístula e evisceração. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de complicação pós reconstrução de trânsito intestinal. RELATO DE CASO: C.D.O, 70 anos, sexo masculino, procurou o ambulatório de cirurgia geral para programar reconstrução do trânsito intestinal, devido a cirurgia prévia de tumor de cólon ascendente/flexura hepática, na qual foi submetido à Colectomia atípica (flexura hepática) com colostomia de cólon direito e fístula mucosa de transverso, realizada em 2019. Apresenta laudo de adenoma com displasia de alto grau, estadiamento T3N0, em flexura hepática. No ano de 2021, realizou 30 sessões de quimioterapia adjuvante. Em 11/05/2022, submeteu-se a reconstrução de trânsito intestinal realizada com grampeador linear e chuleio da extremidade aberta. Após 4 dias, foi reabordado devido a uma deiscência da anastomose colo-colônica e peritonite fecal. Houve fistulização do conteúdo fecal para o tecido subcutâneo na região da fossa ilíaca direita. Foi realizada totalização da Colectomia direita com Ileostomia a Brooke, fístula mucosa de transverso e incisão paramediana da ferida operatória (FO) infectada prévia, deixando-a aberta com curativo a vácuo (Vac). Posteriormente, o serviço de Cirurgia Plástica foi associado na condução do paciente. DISCUSSÃO: O tema abordado neste relato, ainda hoje, se mostra escassamente explorado em publicações científicas, portanto, por meio da prática torna-se possível colaborar com os estudos sobre o tema e enriquecer discussões. As complicações relatadas figuram entre as citadas em artigos de referência acerca deste procedimento, sendo o paciente e questão portador de fatores de risco como sexo masculino, idade avançada e longo tempo de permanência de ostoma. As complicações pós-operatórias são responsáveis pelo aumento do tempo de internação e elevação nos índices de morbidade e mortalidade, tendo causas multifatoriais que podem se beneficiar de estudos e melhor entendimento do assunto para serem combatidas. O quadro apresenta peritonite e fistulização que são complicações pouco frequentes, variando entre as referências com 20% a 40% de citações nos artigos analisados. Desse modo, faz-se então de extrema importância o cuidado com fatores que podem ser modificados para impedir tais complicações, como o preparo pré-operatório, técnica cirúrgica utilizada e fatores de risco mutáveis do próprio paciente.

Palavras-chave:

ID: 113744

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Fernando Aparecido Pazini / PAZINI, F.A. / SANTA CASA DE SÃO CARLOS; Ana Carolina Betto Castro / Castro, A.C.B. / Centro Universitário de Adamantina; Helena Varago Assis / Assis, H.V. / Centro Universitário de Adamantina; Jorge Luiz Firmo de Paiva / Paiva, J.L.F. / Santa Casa de São Carlos; Marcel Arouca Domeniconi / Domeniconi, M.A. / Santa Casa de São Carlos; Rafael Luiz Luporini / Luporini, R.L. / Santa Casa de São Carlos; Thalita Saraiva Andriola / Andriola, T.S. / Santa Casa de São Carlos;

Título: RELATO DE CASO: RELATO DE CASO: CÂNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO EM PACIENTE DO SEXO MASCULINO

INTRODUÇÃO O câncer de mama masculino (CMM) corresponde a cerca de 1% de todos os casos de câncer de mama e 0,5% dos casos de neoplasias malignas em homens, sendo a grande parte deles de etnia negra, os quais são diagnosticados por volta da sexta década de vida. Dentre os fatores de risco associados ao CMM estão a idade avançada, histórico familiar de câncer de mama/ovário, mutações genéticas hereditárias, síndrome de Klinefelter, uso de estrogênio exógeno, ginecomastia, obesidade e história de radiação torácica 1, 2, 3, 4, Uma massa mamária é um sintoma comum de apresentação do câncer de mama que aopós exames de imagem, ou biópsia do tecido mamário pode-se estabelecer o diagnóstico 1.O tratamento do CMM são cirurgia primária com radioterapia adjuvante, quimioterapia e terapia direcionadas.2, 5, 6, RELATO DE CASO E.R.S., 81 anos, masculino, negro, ex-tabagista (fumou 30 anos/maço). Foi admitido por hemorragia em lesão na mama direita, a qual se iniciou como pápula evoluindo para um aspecto vegetante, por seis meses. No exame específico a lesão possuía aspecto exofítico em região central, fixa, medindo aproximadamente 10x12 cm com pontos de sangramento. Na região axilar direita apresentava linfonodos palpáveis e endurecidos. O paciente trazia Ultrassom (USG) de mamas que foi evidenciado nódulo em mama direita - BIRADS 5. Foi realizada biópsia incisional e o anatomopatológico apresentava carcinoma invasivo TNE e carcinoma ductal invasivo SOE grau 2. O paciente foi submetido a uma mastectomia radical na mama direita. Para fechamento adequado foi realizado um retalho de avanço sob a parede abdominal. O anatomopatológico evidenciou no exame microscópico carcinoma TNE e SOE, com grau histológico três e pouco diferenciado. Dessa forma, o estadiamento patológico final foi de pT4b pN1 pMx.No pós-operatório foi o paciente encaminhado ao ambulatório de oncologia para acompanhamento. DISCUSSÃO Concordando com os autores, o paciente em questão possuía etnia negra e foi diagnosticado após a sexta década de vida. Ele apresentava como fator de risco apenas a idade avançada,1, 2, 3. No que diz respeito ao diagnóstico, o paciente apresentava massa mamária indolor e sangrante, em estágio avançado, o diagnóstico tardio do paciente pode estar embasado no fato dos homens serem pouco receptivos aos testes, ausência de programas de rastreamento, falta de conhecimento da doença por parte da população masculina, constrangimento e dificuldade dos médicos em realizar diagnóstico 4, 6.Em relação ao tratamento realizado, apesar dos possíveis benefícios citados pelos autores a respeito de cirurgia primária com radioterapia adjuvante, quimioterapia, terapia direcionadas, uso de terapia endócrina com tamoxifeno, agonista GnRH ou inibidor da aromatase, e terapia com anti-HER-2 2, 5, 6. foi preconizado para tal paciente a realização de mastectomia radical modificada na mama direita com esvaziamento axilar direito com acompanhamento ambulatorial para seguimento do caso.

Palavras-chave: câncer; mama; homem

ID: 113665

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Fernando Aparecido Pazini / PAZINI, F.A. / SANTA CASA DE SÃO CARLOS; Ana Carolina Betto Castro / Castro, A.C.B. / Centro Universitário de Adamantina; Helena Varago Assis / Assis, H.V. / Centro Universitário de Adamantina; Virginia Graciela Rivas Arcia / Arcia, G.R.A. / Santa Casa de São Carlos; Isabella Monteiro Haddad / Haddad, I.M. / Centro Universitário de Adamantina; Rômulo Cesar Arnal Bonini / Bonini, C.A.B. / Sata Casa de São Carlos;

Título: RELATO DE CASO: USO DE CURATIVO À VÁCUO EM PACIENTE COM MEDIASTINITE.

INTRODUÇÃO As doenças cardiovasculares, no Brasil e no mundo, constituem as principais causas de morbidade e mortalidade. Para o tratamento,,a cirurgia cardíaca está indicada quando não há melhora do quadro clínico através do tratamento convencional. Como principal complicação cirúrgica , pode ocorrer a infecção do sítio cirúrgico (ISC). 1,2,3,4,5, A ISC que acomete o órgão ou espaço é definida como mediastinite e pode estar relacionada à contaminação da ferida operatória durante o ato cirúrgico 1,3,4,5. Seu diagnóstico é difícil e geralmente tardio e apenas a punção esternal ou exploração cirúrgica da ferida podem confirmar o diagnóstico. 1,2,3,4,5. A respeito do tratamento, a terapia de pressão negativa (TPN), introduzida comercialmente a partir dos estudos de Argenta e Morykwas em 1972, promove sua cicatrização e está indicada para feridas complexas, enxertos de pele, abdome aberto, prevenção de complicações em incisões fechadas e instilação de soluções em feridas contaminadas ou infectadas 1,2,4, RELATO DE CASO Relatamos o caso de J.R.F, 57 anos, masculino, natural de São Carlos, Foi admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) coronariana de São Carlos em decorrência de infarto agudo do miocárdio durante um procedimento urológico, sendo necessário a realização de cateterismo, no qual foi evidenciado artéria coronária direita com irregularidades, artéria descendente anterior ectasiada 90% proximal, artéria diagonal ocluída 80% ostial e artéria circunflexa ocluída no início, , sendo submetido cirurgia de revascularização miocárdica. No pós-operatório tardio evoluiu com febre e saída de secreção serosanguinolenta pela ferida operatória. Mediante a tomografia de tórax foi evidenciado coleção mediastinal com 3,0 cm de espessura e presença de gás. Na vigência de mediastinite foi realizado uma toracotomia e iniciado uso de Amicacina guiado por antibiograma. Após melhora recebeu alta.. No entanto, 7 dias pós-alta o paciente procura o serviço com devido à saída de secreção purulenta associado à deiscência de pele e tecido subcutâneo. Em nova tomografia de tórax foi evidenciado coleção mediastinal. Dessa forma, foi submetido ao debridamento da ferida associado a antibiótico de amplo espectro e TNP com drenagem continua por 17 dias.. No momento, segue em seguimento no ambulatório de cirurgia cardíaca, apresentando resolução do quadro. DISCUSSÃO O paciente apresentou não só impacto financeiro devido a extensa internação, mas houve prejuízo em sua vida pessoal. Nesse caso, havia presença de inúmeros fatores de risco para a evolução desfavorável do quadro 1,2,4,5,. Outrossim, é o fato de apresentar sinais e clinica compatível com quadro de mediastinite, além da presença de imagem clássica em tomografia de tórax1,2,3,4,5,7,8. O tratamento preconizado e resolutivo foi a TPN. Diante do relato de caso fica evidenciado que o uso da TPN nos casos de mediastinite auxilia no fechamento da ferida e apresenta baixo índice de reinfecção.

Palavras-chave: mediastinite; curativo; vácuo

ID: 113122

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Leticia da Silva Costa / Costa, L. S. / Hospital de base de São José do Rio Preto ; Jorge Adas Dib / Dib, J. A. / Hospital de Base de São jose do Rio Preto; Anwar Fausto Felix Sabbag / Sabbag, A. F. F. / Hospital de Base de São jose do Rio Preto; Sérgio Carvalho / Carvalho, S. / Hospital de Base de São jose do Rio Preto; Bruno Vita Ricci / Ricci, B. V. / Hospital de Base de São jose do Rio Preto; Amanda Carreão / Carreão, A. / Hospital de Base de São jose do Rio Preto; Amanda Mesquita Grangeiro / Grangeiro, A. M. / Hospital de Base de São jose do Rio Preto; Lara Godela Delatore / Delatore, L. G. / Hospital de Base de São jose do Rio Preto;

Título: SARCOMA PLEOMÓRFICO DE COXA: RELATO DE CASO

Introdução O sarcoma se inicia em uma célula mesenquimal pluripotente que sofre mutação e origina uma neoplasia maligna. Existem mais de 50 tipos histológicos e subtipos, e a nomenclatura é dada de acordo com o tecido ao qual se assemelham. São tumores raros, cerca de 1% dos tumores malignos em adultos. A avaliação imunohistoquímica cuidadosa e detalhada leva à identificação conclusiva do subtipo de sarcoma. O sarcoma pleomórfico é mais comum em idosos e pode se apresentar como uma massa subcutânea nos membros. Relato de caso Paciente masculino, 42 anos, hígido, com queixa de dor em coxa esquerda há 10 dias, associada a edema local, sem antecedente de trauma. Tomografia (TC) de coxa evidenciou formação expansiva entre as fibras do músculo reto femoral, medindo 8,5 x 11,2 x 22,1 centímetros (cm), com limites bem definidos e sem sinais de acometimento do fêmur, sugestiva de Sarcoma de Partes Moles (SPM). Estadiamento com TC de tórax e abdome não evidenciou metástases. Biópsia incisional com agulha grossa guiada por TC evidenciou neoplasia maligna de padrão pleomórfico com focos de necrose. Estudo imunohistoquímico foi compatível com Sarcoma Pleomórfico Indiferenciado. Foi realizada quimioterapia neoadjuvante com Doxorrubicina e Ifosfamida, interrompida após 4 ciclos devido à ausência de resposta. O reestadiamento com Ressonância (RM) de coxa demonstrou aumento da lesão (11,5 x 17,3 x 29,2 cm). Foi realizada ressecção cirúrgica da lesão, com preservação do membro inferior. Foi realizada radioterapia (RT) adjuvante, com dose total de 66 Grays. Reestadiamento realizado 3 meses após término de RT evidenciou progressão de doença, com múltiplos nódulos pulmonares. Foi iniciada quimioterapia sistêmica com Dacarbazina, porém o paciente faleceu de pneumonia durante o tratamento. Discussão Para o diagnóstico e estadiamento de SPM de extremidade são necessários estudos de imagem, anatomopatológico e imunohistoquímico. Características clínicas como tamanho e profundidade e a classificação histológica ditam o comportamento e agressividade dos SPM. O estadio é definido pelo sistema TNM, proposto pela AJCC. O tratamento é multidisciplinar (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) e visa ao controle oncológico e à preservação do membro acometido. A base do tratamento local é a ressecção cirúrgica com margens livres associada a radioterapia. Apesar dos avanços no tratamento, 50% dos casos apresentam metástases à distância, sendo o pulmão o principal local acometido. A maioria dos tipos de SPM permanece resistente à quimioterapia convencional. Portanto, existe a necessidade de se estudar novas terapias sistêmicas direcionadas para as aberrações genéticas que conduzem à formação dos sarcomas.

Palavras-chave: Sarcoma; Pleomorfico; Cirurgia oncológica

ID: 113843

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Izabella Maria Lopes Titon / TITON, I. M. L. / Universidade Federal do Paraná; Flávia Fernanda de França / FRANÇA, F. F. / Universidade Federal do Paraná; Jonas Takada / TAKADA, J. / Universidade de São Paulo; Francisco Schossler Loss / LOSS, F. S. / Centro Universitário FAG; Rayana Endy Maziero / MAZIERO, R. E. / Universidade Federal do Paraná; Rafaella Tomomi Oishi / OISHI, R. T. / Universidade Federal do Paraná; Luan Zacarias Nunes / NUNES, L. Z. / Universidade Federal do Paraná; Raquel Laís Kreuz / KREUZ, R. L. / Universidade Federal do Paraná;

Título: SÍNDROME DE OGILVIE PÓS CESARIANA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Ogilvie, também conhecida como pseudo-obstrução colônica aguda (POCA), define-se como obstrução funcional que leva a distensão severa do intestino grosso. Acomete principalmente idosos e pacientes com múltiplas comorbidades, no entanto, pacientes jovens submetidas a cesarianas também podem ser acometidas por essa entidade. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 31 anos, 38 semanas de gestação, G2P0C0A1, sem comorbidades. Admitida em hospital de referência e submetida a cesariana. Evoluiu com hipotensão, FC: 85 bpm, PA: 90/50 mmhg, SatO2 97%, FR 26, ausculta pulmonar e cardíaca dentro da normalidade, abdômen globoso, distendido, ruídos hidroaéreos normoativos, doloroso à palpação difusa. Foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome total que evidenciou líquido livre em moderada quantidade e distensão difusa de alças. Realizada colonoscopia para descompressão colônica e exclusão de obstruções mecânicas. Durante avaliação do cólon direito foi observada perfuração, optando-se por laparotomia de urgência para ressecção do segmento acometido, sendo realizada colectomia direita parcial com anastomose primária íleo-cólica. Paciente evoluiu com melhora do quadro e alta da unidade de terapia intensiva no 4° dia pós operatório. DISCUSSÃO: A POCA, uma das complicações pós cesariana, apesar de rara, pode cursar com complicações graves como perfuração intestinal e sepse, cuja mortalidade está entre 43% a 50%. Essa síndrome apresenta-se como distensão colônica severa, na ausência de um ponto de obstrução mecânica e geralmente acomete ceco e cólon ascendente, podendo atingir até flexura esplênica. Possivelmente está relacionada com a desregulação autonômica extrínseca da função colônica pelo sistema nervoso simpático e parassimpático. Pode cursar com forte dor abdominal e distensão, náuseas e vômitos, interrupção da eliminação de flatos e fezes. Sinais como febre, irritação peritoneal, hipotensão e taquicardia alertam para perfuração intestinal e isquemia. A TC de abdômen é capaz de descartar obstrução intestinal mecânica, demonstrar diâmetros dos segmentos colônicos e sinais de isquemia intestinal. O risco de perfuração se eleva quando o diâmetro cecal está entre 12 a 14 cm ou quando a dilatação permanece por mais de 72 horas. Quando o diâmetro cecal não ultrapassa 9 cm e não há sinais de complicações, o suporte é clínico. Caso não haja resposta favorável em até 72h ou ocorra aumento do diâmetro do ceco, o uso de neostigmina e colonoscopia descompressiva são indicados. A intervenção cirúrgica é necessária em situações em que terapias anteriores não foram resolutivas ou em casos de evolução associada à isquemia e perfuração, como o caso relatado. Portanto, o diagnóstico precoce corrobora para um tratamento favorável e tende a evitar complicações graves.

Palavras-chave: Síndrome de Ogilvie; Pseudo-obstrução aguda; Pós-parto

ID: 113604

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Eduarda Ambrosi / AMBROSI, E. / UFMT; Ricardo Budtinger Filho / FILHO, R.B. / UFMT; Luigi Rodrigues Brianez / BRIANEZ, LR / HUJM-EBSERH/UFMT; Antônio Massayuki Wakasugui Sobrinho / WAKASUGUI SOBRINHO, A. M. / UFMT; Thainara Missassi Heller / Heller, T. M. / UFMT; Bruna Luiza Ribeiro Souto / SOUTO, B. L. R. / UFMT; Leonardo Cesar Suita Fornari / FORNARI LCS / UFMT; Karina Aragão Ferraz / FERRAZ KA / UFMT;

Título: TÍTULO: APENDICECTOMIA INCIDENTAL COMPLICADA EM PACIENTE COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A doença inflamatória intestinal (DII) é caracterizada por desordem imunomediada do trato gastrointestinal, tendo como protótipos a Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RU), as quais dependem das interações genéticas-ambientais. Sua incidência tem aumentado devido à ocidentalização do padrão alimentar, com cerca de 7 milhões de casos em 2017. Esse trabalho objetiva relatar complicações de um quadro inconclusivo de DII com abordagem cirúrgica devido sangramento uterino anormal (SUA), com apendicectomia incidental. RELATO DE CASO: J.S., feminino, 32 anos, com diagnóstico não conclusivo de DII e história de retossigmoidectomia há 2 anos, sem acompanhamento especializado. Devido sangramento uterino anormal, foi realizada histerectomia abdominal e apendicectomia incidental com lise de bridas intestinais no intraoperatório. Evolui com distensão abdominal e necessidade de laparotomia 22 dias após, sendo evidenciadas inúmeras fístulas, realizada rafia, colostomia e ileostomia em alça. Admitida em nosso serviço em terapia intensiva depois de 4 dias, com queixa de náuseas e dor abdominal intensa, taquicardia (FC 130BPM), abdome plano com dor intensa a percussão. Cicatriz cirúrgica mediana drenando conteúdo fecalóide, ileostomia funcionante à direita e colostomia não funcionante à esquerda. Realizada laparotomia exploradora, evidenciando-se peritonite fecal, conteúdo entérico em cavidade abdominal, bloqueio de alças de intestino delgado e múltiplas fístulas entéricas, além de coágulos e sangue em região pélvica, sendo realizadas lavagem abundante, rafia das fístulas e confeccionada peritoneostomia. Devido ao alto débito das fístulas, iniciado nutrição parenteral total e limpeza diária de ferida operatória no centro cirúrgico. Optado por iniciar dieta de alta absorção via enteral, mas apresentou novas fístulas enteroatmosféricas. Após 3 meses de tratamento intensivo, evoluiu com choque séptico refratário de foco abdominal, sem possibilidade de intervenções cirúrgicas e óbito. DISCUSSÃO: A relação do desenvolvimento da DII com a apendicectomia é controversa na literatura. Pois pode ser apresentado como um dos principais fatores ambientais de risco para a DC e fator protetor para a RU, mas há questionamentos quanto aos métodos dos estudos e a carência de casos relatados, especialmente para RU. No entanto, essa relação é feita a partir da remoção cirúrgica devido a apendicite aguda, e dados relacionados à remoção incidental ou profilática são escassos. Dessa forma, no caso apresentado, é possível ligar a hipótese de DII prévia com a evolução rápida do quadro de fístulas intestinais pós apendicectomia incidental, o que abre dúvidas quanto à sua realização em pacientes com DII, especialmente quando não é possível caracterizar entre seus protótipos.

Palavras-chave: DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL; APENDICECTOMIA INCIDENTAL; FÍSTULA INTESTINAL

ID: 113516

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maite Chrysostomo / Chrysostomo, M. / Hospital Geral de Itapevi; Maria Fernanda Brum Ribeiro / Ribeiro, M. F. B. / Hospital Geral de Itapevi; Caio Lorenção Zavaris / Zavaris, C. L. / Hospital Geral de Itapevi;

Título: TUBERCULOSE PERITONEAL

A tuberculose, doença causada pelo complexo Mycobacterium (tuberculosis, bovis, caprae) permanece sendo um problema de saúde pública, principalmente em áreas endêmicas. O acometimento peritoneal corresponde a 1-2% das apresentações de tuberculose, porém corresponde a quase 58% das manifestações abdominais. Sua apresentação clínica é inespecífica, tanto no exame físico quanto nos resultados laboratoriais, configurando um desafio pela gama de diagnósticos diferenciais. O caso relatado é de uma paciente do sexo feminino, 34 anos, branca, proveniente e residente de Itapevi que deu entrada no Hospital Geral de Itapevi (HGI) com queixa de dor abdominal difusa e febre há 4 dias, associada a inapetência e vômitos pós-prandiais, sem alteração de hábito intestinal ou perda ponderal. Ao exame físico, apresentava abdome globoso sugestivo de ascite, flácido, doloroso a palpação difusamente, mas principalmente em região epigástrica. Apresentava como história patológica pregressa o início do tratamento de Artrite Reumatoide, 15 dias antes do início dos sintomas abdominais, em uso de hidroxicloroquina, metotrexato e imunobiológico. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome que identificou espessamento parietal gástrico, ascite volumosa, espessamento nodular peritoneal sugestivo de carcinomatose e aumento volumétrico dos ovários. Como seguimento diagnóstico foram solicitados endoscopia digestiva alta, ultrassom transvaginal, paracentese com análise do líquido ascítico e marcadores tumorais. A EDA identificou hérnia hiatal, sem outros achados; o ultrassom transvaginal identificou cisto simples de ovário; a análise do líquido ascítico evidenciou exsudato, negativo para células neoplásicas e sem crescimento bacteriano; os marcadores tumorais também vieram negativos (alfa feto proteína 0,89 e CA 19.9 <2,50). Diante dos achados inespecíficos, optou-se por realizar laparoscopia diagnóstica. Durante o procedimento, identificado e aspirado grande quantidade de líquido ascítico e encontrado também achados similares a carcinomatose peritoneal difusa, com implantes intestinais, principalmente em cólon ascendente e alças de intestino delgado, sem identificação de tumor primário. Foi realizada biópsia de lesões peritoneais, sem intercorrências. Paciente recebeu alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório com retorno ao ambulatório de Cirurgia Geral para resultado de anatomopatológico. Retorno ao ambulatório após 15 dias da laparoscopia, com resultado do anatomopatológico evidenciando processo inflamatório granulomatoso necrosante com caracteres de tuberculose peritoneal e ausência de neoplasia. Imuno-histoquimica: consistente com processo inflamatório granulomatoso em superfície peritoneal com caracteres de tuberculose. Paciente foi encaminhada para centro de referência em infectologia de São Paulo para acompanhamento e tratamento da tuberculose peritoneal.

Palavras-chave: tuberculose peritoneal.; abdome agudo inflamatório

ID: 113870

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, B.F. / HSL - PUCRS; Juliana Campello Beck / Beck, J. C. / HSL-PUCRS; Bianca Luiza Rauber / Rauber, B.L / HSL-PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / Zeferino, B.R. / HSL-PUCRS; Welton Yuri Fernandes / Fernandes, W.Y. / HSL-PUCRS; Carlos Eduardo Bastian da Cunha / Cunha, C.E.B / HSL-PUCRS;

Título: TUMOR DE KRUKENBERG: RELATO DE CASO

O Tumor de Krukenberg é um raro adenocarcinoma ovariano de natureza metastática do trato gastrointestinal. É um tumor pouco sintomático, sendo mais comumente identificado devido a sintomas gastrointestinais. Deve ser levantada a suspeita quando ocorrer sincronicamente tumor gástrico ou intestinal com tumor ovariano. Paciente feminina, 81 anos, história prévia de tabagismo e hipertensão arterial sistêmica, foi encaminhada ao serviço de cirurgia geral do Hospital São Lucas da PUCRS em janeiro de 2022 por alteração do hábito intestinal, dor abdominal difusa e perda ponderal de 20% de seu peso habitual com ínicio em novembro de 2021. Paciente traz imagens de dezembro de 2021 - tomografia computadorizada com imagem sugestiva de espessamento tecidual no flanco direito, possivelmente cólon direito e eco abdominal com presença de imagem mista predominantemente cística, multiceptada, contornos internos irregulares, medindo 9,3 x 7,1 x 8,2 cm. Paciente realiza novos exames em fevereiro de 2022 - TC com espessamento parietal colônico segmentar na altura do ângulo hepático, bem como lesão expansiva em região anexial direita, medindo 8,8cm e colonoscopia com lesão ulcerada vegetante, friável e estenosante que impede progressão de colonoscópio em ângulo hepático. Paciente realiza colectomia direita, ooforectomia com salpingectomia direitas - identificado tumor de cólon em ângulo hepático com invasão de duodeno e realizada ressecção R2, presença de carcinomatose em omento e tumor aparentemente cístico em ovário direito. Paciente evolui bem e recebe alta no quinto dia pós-operatório. Resultado de anatomopatológico identifica adenocarcinoma moderadamente diferenciado de cólon e adenocarcinoma infiltrando tecido ovariano com fenótipo histológico colorretal. Paciente encaminhada para o serviço de oncologia para seguimento. O Tumor de Krukenberg é diagnosticado através de exames de imagem e da avaliação dos níveis séricos de antígeno cárcino-embriônico (CEA) e de antígeno de câncer 125 (CA-125), bem como de marcadores imunohistoquímicos da peça enviada à patologia e é caracterizado pela presença de células produtoras de mucina com aspecto de anel de sinete. Possui opções terapêuticas limitadas e desfecho desfavorável, contudo há um melhor prognóstico se abordado com cirurgia citorredutora. É, portanto, de suma importância o conhecimento dessa patologia para adequada abordagem cirúrgica na sua suspeita.

Palavras-chave: Tumor de ovário ; Tumor colorretal; Tumor de krukenberg

ID: 113381

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marielly Ayako Uemura / Uemura, M.A / Hospital Geral de Carapicuiba; Bruno Amantini Messias / Messias, B.A / Hospital Geral de Carapicuiba; Nicole Copagnoni Gallina / Gallina, N.C / Hospital Geral de Carapicuiba; Erica Rossi Mocchetti / Mocchetti, E. R / Hospital Geral de Carapicuiba; Tania Marcela Sandoval Ichinose / Ichinose, T.M.S / Hospital Geral de Carapicuiba; Jaques Waisberg / Waisberg,J / Hospital do Servidor Publico Estadual;

Título: TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO DE CORDÃO ESPERMÁTICO

Introdução: Tumor fibroso solitário é considerado uma neoplasia mesenquimal com predileção por superfícies serosas, frequentemente encontrado nas regiões torácica, abdominal e extremidades, sendo os outros sítios de localização menos comuns. O quadro clinico é pouco exuberante, sendo o diagnostico mais tardio. Comumente acomete pacientes entre a quarta e sétima década de vida, O diagnostico é realizado através de exames de imagem, biopsia e imunohistoquimica. O seguimento é multidisciplinar com a abordagem cirúrgica é a principal forma de tratamento. Relato caso: Paciente genero masculino, 41 anos veio ao ambulatório devido a queixa de abaulamento em região inguinal direta há aproximadamente 02 anos, sem demais queixas associadas. Tabagista ha 15 anos. Apresentava USG com hérnia inguinoescrotal a direita. Durante abordagem cirúrgica foi evidenciado tumor de cordão espermático de aproximadamente 6.5 x 05x 04cm, de consistência sólida endurada, sendo optado pela realização da ressecção. Enviado ao anatomopatológico e imunohistoquímico que resultaram em tumor fibroso solitário com baixo índice de proliferação celular. Paciente evolui assintomático recebendo alta no 2° pós operatório, em seguimento ambulatorial e encaminhado ao serviço oncológico do estado. Evolui com abaulamento em região inguino escrotal a direita com evidencia de imagem compatível com hematoma local, sendo realizada punção com saída de 10 ml de secreção hemática, evoluindo assim com melhora do desconforto local. No seguimento oncológico volta a relatar aumento de volume local. no momento ainda em investigação pela equipe da oncologia clinica, sem indicação de realização de quimioterapia ou radioterapia. Discussão: Tumor fibroso solitário é considerado uma neoplasia mesenquimal, com prevalência de 2,8/100.000 pessoas, principalmente entre a quarta e sétima década de vida. Sendo encontrado em múltiplos sítios com predileção a superfícies serosas, frequentemente torácicas (30-80%), abdominais e extremidades, sendo outras localizações menos citadas. Tumor de crescimento lento, geralmente assintomático, o quadro clinico varia de acordo com região afetada apresentando comumente sintomas locais e inespecíficos, como dor torácica, dispneia e ate mesmo obstrução intestinal quando causa efeito de massa em outros órgãos, sendo o tumor um achado incidental em exames de imagem. O diagnostico é realizado através da biopsia associada a imunohistoquimica. O tratamento baseia se em um consenso multidisciplinar, envolvendo cirurgiões, oncologistas e suporte auxiliar adicional, com a abordagem cirúrgica e ressecção completa sendo uma das principais formas de tratamento devido a baixas taxas de recorrência local e progressão metastatica, podendo ser associada a radio e quimioterapia, O seguimento pós operatório é essencial, individualizado de acordo com a localização do tumor, a fim de diagnosticar precocemente recidivas ou acometimento de órgãos a distancia

Palavras-chave: tumor; inguinal; neoplasia

ID: 113419

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Mayla Luri Oshiro, / Oshiro, M. L. / Hospital Regional de Cotia; Nathalí Tanzi Ulman de Olveira / Oliveira, N. T. U. / Hospital Regional de Cotia; Gabriela Portal Monteiro / Monteiro, G. P. / Hospital Regional de Cotia; Juliana de Medeiros Sacchi Scavone / Scavone, J. M. S. / Hospital Regional de Cotia;

Título: ÚLCERA DE MARJOLIN EXTENSA EM PAREDE ABDOMINAL - UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A úlcera de Marjolin é um carcinoma epidermóide caracterizado como uma malignidade cutânea rara e frequentemente agressiva que surge em feridas crônicas ou cicatrizes, principalmente após queimaduras. O desenvolvimento da malignidade tende a ser lento com um tempo médio de aproximadamente 25 anos. O carcinoma espinocelular (CEC) bem diferenciado é o tipo histológico mais comum desta entidade. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 57 anos, deu entrada no serviço apresentando lesão extensa em região abdominal há 6 meses. Na admissão foi identificado uma lesão ampla em região abdominal com medidas 20x20cm, bordas irregulares, áreas de retração de pele e de necrose, com presença de fibrina espessa, pequenas áreas com tecido de granulação, e saída de secreção entérica. O paciente apresentava também linfonodomegalia inguinal, endurecida e aderida a planos profundos. Há cerca de 23 anos havia sido submetido a uma laparotomia exploradora com confecção de colostomia por ferimento por arma de fogo. A biópsia da lesão evidenciou presença de neoplasia imatura cutânea de natureza epitelial, caracterizada por proliferação de células com atipia, polimorfismo e hipercromasia de núcleos e células bem diferenciadas na região da camada espinhosa da epiderme, formando blocos irregulares com infiltração desordenada em região de derme. Tais achados compatíveis com carcinoma espinocelular da pele (CEC), não evidenciado metástases a distância. Realizado ressecção em bloco do tumor de parede abdominal com margem de 2cm, incluindo a borda medial de músculo reto abdominal, delgado e cólon direito aderido, com realização de ileotransversoanastomose e fechamento de parede pela técnica de Stoppa Rives e confecção de retalhos cutâneos. O anatomopatológico evidenciou margens livres. Paciente evolui bem no pós operatório, sendo encaminhado para seguimento oncológico. DISCUSSÃO Embora o carcinoma espinocelular cutâneo seja a segunda neoplasia mais frequente da pele, sua apresentação como úlcera de Marjolin não é frequente. Este subtipo é geralmente mais agressivo, com maiores taxas de mortalidade, devido alto índice de metástases linfonodais, configurando pior prognóstico, com risco de recorrência local após tratamento de aproximadamente 20 a 30%. Ressalta-se a concordância com a literatura no paciente relatado, no qual a úlcera de Marjolin foi diagnosticada em cicatriz antiga. Diante disso, frente a lesões com difícil cicatrização, é fundamental alto índice de suspeição desta patologia, visando o diagnóstico e manejo precoce, evitando a extensão da lesão. A biópsia é necessária para confirmar o diagnóstico e o tratamento envolve uma abordagem multidisciplinar, incluindo excisão local com margens de segurança de pelo menos 2 cm.

Palavras-chave: úlcera de Marjolin; carcinoma epidermóide; carcinoma espinocelular cutâneo

ID: 113885

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Fernanda Fuzaro / Fuzaro, M.F. / FAMERP; Guilherme Beolchi / Beolchi, G. / FAMERP; Francisco Ribeiro de Carvalho Neto / Carvalho Neto, F.R. / FAMERP; Jose Francisco Gandolfi / Gandolfi, J.F / FAMERP; Kassim Mohamede Kassim Hussain / Hussain, K.M.K. / FAMERP; Adriel Santos Queiroz / Queiroz, A.S. / UFTM; Tayná Ise Marinato / Marinato, T.I. / UFTM;

Título: ABORDAGEM CIRÚRGICA EM PACIENTE JOVEM COM PANCREATITE AUTOIMUNE TIPO II

INTRODUÇÃO: Pancreatite crônica é uma doença inflamatória benigna que resulta na substituição fibrótica do parênquima pancreático, gerando uma síndrome caracterizada por alterações da função pancreática e estruturais. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de pancreatite crônica autoimune tipo II com necessidade de abordagem cirúrgica. RELATO DE CASO: RMBF, masculino, 20 anos, Paciente com quadro de dor abdominal desde os cinco anos de idade, em epigástrio com irradiação para dorso. Aos 14 anos foi iniciada investigação, suspeitando de tumor de pâncreas, submetido à biopsia por Eco Endoscopia, negativa para neoplasia, com IgG4 negativo, e IgG4 sérico normal. Aventada a hipótese de pancreatite autoimune. Em 2017 iniciado pancreatina e corticoide nos períodos de agudização da doença. Em abril de 2022 foi internado devido novo quadro de dor abdominal, febre, náuseas, vômitos, pirose e perda ponderal de 16 kg em quatro meses, com sorologias positivas para dengue, alterações de canaliculares e transaminases e leve elevação de bilirrubinas. Realizado colangio ressonância de abdome que evidenciou dilatação não uniforme "em rosário" do ducto pancreático principal, dilatação de vias biliares, sem falhas de enchimento na luz ductal. Em CPRE se observou esofagite erosiva, grande quantidade de estase gástrica, estenose bulbar por edema da segunda porção duodenal impedindo a progressão do aparelho.. O paciente foi submetido a cirurgia de Frey + pancreatectomia distal + esplenectomia + colecistectomia + coledocoplastia + gastroentero anastomose com reconstrução em Y de Roux. No intra-operatorio observado grande quantidade de aderências firmes do pâncreas, além de hipertensão portal segmentar. Nos dois primeiros dias houve piora importante da função renal e necessidade de drogas vasoativas em altíssimas doses, além de expressiva expansão volêmica. Foi mantido corticoide, iniciado meropenem, vancomicina e octreotide. No terceiro dia observou-se melhora clinica importante, paciente foi extubado no 6° PO. No 7° PO iniciado dieta enteral por sonda de Duboff. Na biópsia evidenciado pâncreas com extensa fibrose, infiltrado inflamatório misto periductal, pancreatite crônica favorecendo o diagnóstico de pancreatite auto-imune tipo 2. No pós operatório observou-se diabetes mellitus tipo 3c com necessidade de insulina e insuficiência exócrina. DISCUSSÃO: Definida por Yoshida e colaboradores, em 1995, a PAI é uma entidade rara, mais prevalente no sexo masculino. A PAI tipo I está relacionada a IgG4. Normalmente os níveis séricos são elevados e biópsias do pâncreas também. Ela pode estar associada a condições extra-pancreáticas em 60% dos casos. A PAI tipo II é limitada ao pâncreas, em 15-30% dos casos pode estar associada a doença inflamatória intestinal. O presente relato teve como objetivo a explanação de um tema pouco lembrado, dado a infrequência do diagnóstico.

Palavras-chave: pancreatite; autoimune; Frey

ID: 113473

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Dimitry Gabriel Kelim / Kelim, D.G. / Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS); Carolina Piccolo Carvalho / Carvalho, C.P. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Gustavo França de Azevedo / Azevedo, G.F. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Luíza Cancian Stieler / Stieler, L.C. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Nathalia Ribeiro Pinho de Sousa / Sousa, N.R.P. / Universidade Federal da Fronteira Sul; Lucas Duda Schmitz / Schmitz, L.D. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Juarez Antonio Dal Vesco / Dalvesco, J.A. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo; Jorge Roberto Marcante Carlotto / Carlotto, J.R.M. / Hospital de Clínicas de Passo Fundo;

Título: CÁLCULO CORALIFORME EM DUCTO PANCREÁTICO PRINCIPAL

Introdução: Pancreatite crônica (PC) é um distúrbio fibro-inflamatório progressivo do pâncreas que cursa com alteração permanente de sua arquitetura e funcionalidade. Etilismo, tabagismo e hipertrigliceridemia são os principais fatores envolvidos em sua patogênese, podendo também estar relacionada a mutações genéticas e distúrbio autoimune. A PC causa uma distorção do ducto pancreático principal e do parênquima pancreático, sendo um fator de risco para a litíase pancreática. Geralmente os cálculos pancreáticos são únicos e pequenos. Nosso objetivo é relatar o tratamento cirúrgico para um cálculo coraliforme no ducto pancreático principal na cabeça pancreática. Relato de Caso: Paciente do sexo feminino, 52 anos, previamente hígida, tabagista 1 maço/dia. Quadro clínico caracterizado por dor epigástrica progressiva e refratária ao uso de analgésicos e restrição alimentar. A investigação complementar evidenciou laboratoriais de função pancreática normais e ultrassonografia de abdome com ectasia de ducto colédoco na porção cefálica do pâncreas contendo material ecogênico sugestivo de cálculos, além de ducto pancreático ectásico medindo 7mm. Na Ressonância magnética observou-se importante dilatação do ducto pancreático e presença de cálculos em toda a extensão, além de cálculo coraliforme na cabeça pancreática medindo 6x4 cm. Dessa forma, foi proposto tratamento cirúrgico com anastomose pancreatojejunal e ressecção da cabeça pancreática com preservação duodenal (cirurgia de Frey). A paciente apresentou boa evolução pós-operatória com alta hospitalar no quinto dia após o procedimento. Discussão: Em 1987, Frey e Smith descreveram técnica para tratamento da PC em que se realizava a ressecção local da cabeça do pâncreas associada à pancreatojejunostomia longitudinal. Essa abordagem possibilita preservação da glândula proximal ao duodeno e da camada posterior do parênquima cefálico, minimizando risco cirúrgico e disfunção gastrointestinal a longo prazo. A cirurgia de Frey é uma ótima estratégia para remoção de um cálculo coraliforme em cabeça pancreática, uma vez que a remoção do parênquima se torna praticamente obrigatória pela aderência firme do cálculo aos ductos pancreáticos. A principal composição bioquímica destes cálculos é o carbonato de cálcio e. em algumas situações, a presença de cálculos pancreáticos pode estar relacionada ao desenvolvimento de lesões pré-malignas e malignas. Conclusão: No caso relatado, a aplicação da técnica de Frey obteve desfecho satisfatório no cálculo de grandes dimensões, estando entre os principais benefícios dessa abordagem o controle da dor, assim como redução de morbimortalidade e preservação da função exócrina e endócrina pancreática.

Palavras-chave: cirurgia de frey; cálculo coraliforme; pancreatite crônica

ID: 112800

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Aline Coltro / Coltro, A. / UNIFESP; Fernanda Paixão de Araújo Feitosa / Feitosa, F. P A. / UNIFESP; Juliana Yumi Myaki Pedroso / Pedroso, J. Y. M. / UNIFESP; Bruno Henrique Arruda de Paula / de Paula, B. H. A. / UNIFESP; Anna Julha Lage Santos / Santos, A. J. L. / UNIFESP; Ana Carolina Zacharias de Oliveira / de Oliveira, A. C. Z. / UNIFESP; Milton Scalabrini / Scalabrini, M. / UNIFESP; Franz Robert Apodaca Torrez / Torrez, F. R. A. / UNIFESP;

Título: HEMOSSUCUS PANCREATICUS SECUNDÁRIO À ADENOCARCINOMA DUCTAL PANCREÁTICO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O hemosuccus pancreaticus (HP) é causa rara de hemorragia digestiva alta (HDA) caracterizado pelo sangramento através do ducto pancreático. Sua principal etiologia é a pancreatite crônica, outras causas são a infecciosa, após procedimentos, presença de aneurisma, anomalias congênitas e causas neoplásicas. Embora o HP não seja a manifestação mais comum de tumores de pâncreas, raros casos de HP secundários a neoplasias foram relatados na literatura. Este trabalho tem o objetivo de relatar um caso de HP secundário à adenocarcinoma ductal pancreático como causa de HDA. RELATO DE CASO: Este relato foi realizado em um hospital universitário quaternário em conformidade com o SCARE Guideline 2020 e com o consentimento do paciente. Trata-se de uma mulher, de 55 anos, branca. Com história de HDA após quadro de pancreatite aguda biliar e colecistectomia videolaparoscópica, tratada com embolização de ramo da artéria mesentérica superior após investigação que evidenciou uma fístula arteriovenosa no ramo. Retornou ao pronto-socorro devido a novos episódios de enterorragia e melena. À admissão, apresentava regular estado geral, descorada, estável hemodinamicamente. Ao exame físico, presença de sangue vivo ao toque retal e exames laboratoriais com hemoglobina de 6,6 mg/dl. Após suporte transfusional inicial, realizou nova EDA que mostrou drenagem intermitente de sangue vivo e coágulos através da papila duodenal. Prosseguiu investigação com ressonância magnética, que identificou lesão de conteúdo espesso em corpo pancreático medindo 2 cm, associada a ectasia e irregularidade do ducto pancreático em corpo e cauda. Colonoscopia, angiotomografia e nova arteriografia abdominais também foram realizadas na internação e não identificaram outro possível foco de sangramento, mantendo como principal hipótese o HP, estando a fístula arterio-venosa previamente tratada. Devido à persistência de queda hematimétrica e da melena, optou-se pela laparotomia exploradora com pancreatectomia corpocaudal oncológica principalmente para o controle da hemorragia, porém considerando a possibilidade de neoplasia. No seguimento pós-operatório, a paciente manteve estabilidade clínica e laboratorial, recebendo alta hospitalar. O resultado do anatomopatológico foi conclusivo para adenocarcinoma ductal pancreático. DISCUSSÃO: No HP associada a neoplasias pancreáticas os tumores invadem o ducto pancreático causando ruptura de vasos sanguíneos e hemorragia intratumoral. O sintoma mais comum é a HDA intermitente associada a dor epigástrica. Raros são os casos de HP secundário a carcinomas pancreáticos. Para sua investigação, exames de imagem podem sugerir o HP, mas o diagnóstico definitivo é através da arteriografia, que pode ser uma opção terapêutica emergencial até o tratamento cirúrgico definitivo. Neste caso, a investigação e o tratamento cirúrgico para controle da HDA com estudo anatomopatológico da peça possibilitou o diagnóstico precoce e ressecção da lesão pancreática.

Palavras-chave: Hemossucus pancreaticus; Adenocarcinoma; Hemorragia digestiva alta

ID: 113854

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Julia Cristina Facchi / Facchi, J. C. / UNICAMP; Ana Elisa Dias de Souza / de Souza, A.E.D. / UNICAMP; Marcella Tardelli Falleiros Lima / Lima, M.T.F. / UNICAMP; Luiz Felipe de Farias Rodrigues / Rodrigues, L.F.F. / UNICAMP; Manoel Marcelo de Oliveira Castro / Castro, M.M.O. / Hospital Estadual de Sumaré; Murilo Augusto Paranhos Pinto / Pinto, M.A.P. / Hospital Estadual de Sumaré;

Título: ICTERÍCIA OBSTRUTIVA POR PSEUDOANEURISMA PANCREÁTICO DE RAMO JEJUNAL DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR

Introdução: O pseudoaneurisma pancreático é uma complicação incomum da pancreatite e ocorre por erosão da parede arterial por secreções pancreáticas no interior de um pseudocisto pancreático. O quadro tem elevada mortalidade se não identificado e tratado precocemente. Apresentamos um caso de icterícia obstrutiva por sangramento de um pseudoaneurisma pancreático de ramo jejunal da artéria mesentérica superior. Relato de caso: Masculino, 57 anos, etilista e tabagista, sem outras comorbidades, apresenta-se ao serviço de urgência com quadro de dor abdominal em epigástrio com irradiação para dorso, náuseas, vômitos, icterícia e acolia fecal com evolução de 4 dias. Ao exame físico, PA 110x80 mmHg, FC 72, descorado, ictérico 2+/4+, dor a palpação de epigástrio e hipocôndrios, sem sinais de peritonite e sem outras alterações ao exame. Exames laboratoriais: hemoglobina 6,9 g/dL, leucocitose de 26.100/mm3, bilirrubina total de 13,3mg/dL, com bilirrubina direta de 11,48mg/dL, amilase 105, gamaGT 1267, fosfatase alcalina 1055, CA 19-9 3868. Evoluiu com hematêmese no 10° dia de internação, endoscopia digestiva alta mostrou compressão extrínseca duodenal sem evidencia de sangramento. Ressonância magnética evidenciou lesão cística de 65 x 51 mm, com material heterogêneo em seu interior, conteúdo semelhante ao encontrado no colédoco, presença de dilatação e espessamento parietal das vias biliares a montante da porção intrapancreática do colédoco. Não foi possível confirmar comunicação da lesão com as vias biliares pelo método. Paciente manteve quadro de hemorragia digestiva, com presença de sangramento ativo na topografia do abaulamento duodenal identificado previamente, mas não foi possível visualização direta do foco de sangramento ao repetir a endoscopia digestiva alta. Realizada angiotomografia de abdome que evidenciou expansão do pseudocisto pancreático com sangramento ativo em seu interior proveniente de ramo jejunal da artéria mesentérica superior e comunicação do pseudocisto com o colédoco distal. Pela estabilidade hemodinâmica do paciente, optou-se por arteriografia seletiva da artéria mesentérica superior com identificação do pseudoaneurisma no primeiro ramo das artérias jejunais e posterior cateterização seletiva do mesmo para embolização com cianocrilato e lipiodol. Após controle do sangramento, realizada cateterização transparietohepática da via biliar pelo segmento III e alocado dreno para drenagem interna e externa da via biliar. Paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial, com programação cirúrgica de derivação biliodigestiva. Discussão: Pseudocisto pancreático ocorre em até 10% dos casos de pancreatite aguda e 40% na pancreatite crônica. A erosão de vasos no interior no pseudocisto é a principal causa de pseudocisto hemorrágico e pode levar a icterícia obstrutiva por compressão ou comunicação com a via biliar. Esse quadro possui mortalidade de até 40% e exige elevada suspeição clínica para diagnóstico e tratamento precoce.

Palavras-chave: Pseudoaneurisma pancreático; Pseudocisto; Icterícia obstrutiva

ID: 112478

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Beatriz Sia / Sia, G. B. / UNICAMP; Victor Ivano Kenzo / Kenzo, V. I. / UNICAMP; Rafael Nascimento de Jesus / Jesus, R. N. / UNICAMP; Everton Cazzo / Cazzo, E. / UNICAMP; Francisco Callejas Neto / Neto, F. C. / UNICAMP; Elinton Adami Chaim / Chaim, E. A. / UNICAMP;

Título: METÁSTASE PANCREÁTICA DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: SÉRIE DE 3 CASOS

Introdução: O carcinoma de células renais representa cerca de 3 a 5% dos tumores malignos em adultos. O acometimento do pâncreas por metástases de carcinoma de células renais pode ocorrer mesmo anos após nefrectomia. O presente estudo tem por objetivo relatar 3 casos de ressecção pancreática após 3, 12 e 17 anos, respectivamente, de nefrectomia por carcinoma renal de células claras. Relato de caso: Caso 1 - Homem, 59 anos, submetido a nefrectomia esquerda há 3 anos devido à carcinoma de células claras. Apresentou metástase em cauda pancreática, sendo submetido a pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia. Quatro meses após, paciente evoluiu com disseminação da doença, sendo iniciada terapia paliativa e radioterapia em lesões ósseas. O paciente evoluiu a óbito 9 meses após a pancreatectomia parcial. Caso 2 - Mulher, 55 anos, submetida a nefrectomia há 12 anos por carcinoma de células claras. Encontrado 3 lesões sólidas no colo e na cauda pancreáticos. Realizada PAAF por ecoendoscopia, sem sinais de malignidade, e mantida paciente em acompanhamento clínico e tomográfico. Um ano após, as lesões pancreáticas apresentaram aumento significativo, sendo submetida a pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia. Após 6 meses da cirurgia, apresentou nova metástase pancreática, sendo submetida a enucleação de lesão em cabeça pancreática. Evoluiu com metástase supraclavicular sendo iniciada quimioterapia paliativa. Após 6 meses da enucleação da lesão em cabeça pancreática, apresentou nova recidiva na cabeça do pâncreas, associada a metástases hepáticas, sendo mantida em terapia paliativa. Onze anos após pancreatectomia parcial, paciente segue em quimioterapia via oral com doença clinicamente controlada. Caso 3 - Mulher, 76 anos, com dor abdominal e perda de peso 17 anos após nefrectomia esquerda por carcinoma de células claras. Encontrada lesão sólida na cabeça/processo uncinado pancreáticos. Confirmado o diagnóstico de carcinoma de células claras metastático com ecoendoscopia e biópsia. Submetida a gastroduodenopancreatectomia com pancreatectomia total devido presença de lesão suspeita em cauda no intraoperatório. No pós-operatório, evoluiu com choque séptico e falência renal, evoluindo a óbito 22 dias após a cirurgia. Discussão: O acometimento secundário do pâncreas por tumores malignos é raro, atingindo cerca de 2 a 5% dos casos. Cerca de 25 % dos pacientes com carcinoma de células renais desenvolvem metástase em até 5 anos após nefrectomia, sendo o pâncreas um sítio incomum. Os pacientes desse estudo apresentaram tardiamente as metástases pancreáticas, após 3, 12 e 17 anos da nefrectomia para tratamento do tumor primário. O acompanhamento periódico com exames de imagem, de preferência tomografia ou PET-CT se disponível, deve ser realizado a longo prazo nesses casos. São necessários estudos maiores e de seguimento a longo prazo de casos como esses para determinar se a ressecção cirúrgica traz benefício em termos de sobrevida em longo prazo.

Palavras-chave: metástase pancreática; carcinoma de células claras; pancreatectomia

ID: 113629

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Eugênia Siquelli Soares / Soares, M. E. S. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Felipe Augusto Ferreira Siquelli / Siquelli, F. A. F. / Hospital da PUC Campinas;

Título: PANCREATITE POR CHOQUE ELÉTRICO

INTRODUÇÃO A gravidade do trauma elétrico é determinada por diversos fatores, como voltagem e intensidade da corrente, duração da exposição, superfície de contato e extensão do envolvimento. As lesões viscerais são raras em vítimas de choque elétrico, porém podem ser graves e estão associadas a altas taxas de morbimortalidade. O órgão mais acometido nos relatos existentes é o cólon, seguido de delgado, sendo mais raros coração, esôfago, pâncreas, fígado e vesícula biliar. RELATO DE CASO Paciente de 18 anos de idade sofreu choque elétrico em ambiente domiciliar e, após um dia, deu entrada na Santa Casa de Ribeirão Preto apresentando dor abdominal intensa difusa, em queimação, principalmente em abdome superior, associada a náuseas, vômitos e febre. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, anictérico, aparelho cardiorrespiratório e exame neurológico sem alterações, estável hemodinamicamente, abdome com ruídos hidroaéreos normoativos, doloroso à palpação difusa, com defesa abdominal e descompressão brusca positiva. Foi submetido à tomografia de abdome, sendo evidenciada pancreatite aguda, com sinais de necrose, líquido livre pancreático em espaço subfrênico e em escavação retovesical, além de coleção delimitada entre estômago e baço. Além disso, amilase e proteína C reativa estavam elevadas. Demais exames estavam sem alterações. Descartou-se outras etiologias relacionados à pancreatite aguda, como cálculos biliares, etilismo ou hipercolesterolemia. Paciente recebeu tratamento clínico para pancreatite durante os cinco dias de internação, com antibioticoterapia empírica e suporte, evoluiu bem e recebeu alta para seguimento ambulatorial, sem apresentar qualquer complicação do quadro durante seu acompanhamento. DISCUSSÃO As lesões por choque elétrico correspondem a uma pequena proporção do número de admissões nos serviços de urgência e emergência. Além disso, poucos são os relatos de caso relacionados à pancreatite, uma vez que o acometimento do órgão por tal trauma é relativamente raro. 2 Ainda assim, o comprometimento pancreático deve ser levado em consideração diante de choque elétrico com acometimento abdominal, dadas as possíveis complicações e gravidade do quadro.

Palavras-chave: Pancreatite aguda; Choque elétrico

ID: 112616

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Júlia Guimarães Pereira / PEREIRA, J. G. / UNICID; Matheus Volpon Marques / MARQUES, M. V. / UNICID; Isabella Romero Di Siervi / SIERVI, I.R. / UNICID; Vinícius Henrique Lopes / LOPES, V.H. / UNICID; Francisco Carrilo Neto / NETO, F.C. / UNICID; João Kleber de Almeida Gentile / GENTILE, J.K.A. / UNICID;

Título: PÂNCREAS ECTÓPICO EM INTESTINO DELGADO

INTRODUÇÃO O pâncreas ectópico é um tumor submucoso raro no trato gastrointestinal, e é definido como tecido pancreático sem continuidade vascular ou anatômica com o corpo principal do pâncreas, geralmente implantado à distância. Relatamos um caso de pâncreas ectópico no íleo causando dor abdominal recorrente tratado por cirurgia laparoscópica. RELATO DE CASO Uma mulher de 62 anos compareceu ao hospital com dor abdominal intermitente e distensão abdominal. O exame físico revelou sensibilidade epigástrica. Após avaliação criteriosa foi proposta a laparoscopia diagnóstica, onde foi identificada uma lesão a 45cm do ângulo de Treitz, com lesão nodular de 0,5cm na borda anti mesentérica do intestino delgado. O paciente foi submetido a enterectomia segmentar e anastomose entero-entero primária. Confirmado pelo histopatológico pâncreas ectópico com necrose, com degeneração maligna pontual com margens cirúrgicas livres. A paciente evoluiu satisfatoriamente e está em acompanhamento ambulatorial sem recorrência há 4 meses. DISCUSSÃO Jean Schultz, em 1927, descreveu um caso de tecido semelhante à glândula pancreática na base do divertículo ileal, que comumente se acredita ser o primeiro caso de pâncreas ectópico registrado na literatura. O pâncreas ectópico representa um tecido pancreático sem continuidade e isolado do pâncreas ortotópico, que carece de conexões anatômicas e vasculares. O pâncreas ectópico (PE) é considerado uma doença congênita benigna rara, com formação durante o desenvolvimento embrionário, caracterizada pela formação de tecido pancreático em áreas diferentes de sua localização anatômica e sem continuidade ductal ou vascular. Ele pode ocorrer em todo o sistema gastrointestinal, mas é encontrado principalmente no trato gastrointestinal superior, com menos frequência no intestino delgado. A etiologia é desconhecida, porém existem duas teorias predominantes sobre sua origem, a teoria da migração ou deslocamento e a teoria da metaplasia. Sua verdadeira incidência é difícil de determinar, pois a maioria dos pacientes acometidos é assintomática, porém há predominância no sexo masculino. Geralmente, é detectada durante cirurgias para outras doenças ou autópsias. Quando os sintomas estão presentes, a dor abdominal superior é mais comum, e icterícia, vômitos, náuseas e perda de peso são queixas pouco relatadas. O diagnóstico padrão ouro é a confirmação histológica. Esta doença carece de testes específicos para confirmação diagnóstica, por isso é fácil para pacientes com pâncreas ectópico serem diagnosticados erroneamente. Múltiplas complicações ocorrem secundariamente no PE incluindo ulceração ou inflamação, formação de pseudocisto, sangramento, perfuração e obstrução gastrointestinal. A transformação maligna do tecido pancreático ectópico varia de 0,7 a 1,8% entre todos os casos. Esses tumores estão localizados na camada submucosa e apenas ocasionalmente se expandem para a muscular própria. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica.

Palavras-chave: Pâncreas; Doenças Pancreáticas; Intestino

ID: 113563

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Daniela Ciancio Marcondes / Marcondes, D. C. / UNICAMP; Gabriela Beatriz Sia / Sia, G. B. / UNICAMP; Carollyne Rodovalho Guerra Carneiro / Carneiro, C. R. G. / UNICAMP; Marcio Apodaca-rueda / Apodaca-Rueda, M. / UNICAMP; Marcelo Hatto / Hatto, M. / UNICAMP; Everton Cazzo / Cazzo, E. / UNICAMP; Elinton Adami Chaim / Chaim, E. A. / UNICAMP;

Título: RECIDIVA DE TUMOR DE FRANTZ COM METÁSTASE HEPÁTICA: RELATO DE CASO

Introdução: O tumor de Frantz é uma neoplasia rara, representando cerca de 1 a 3% dos tumores pancreáticos exócrinos. Acomete mais o sexo feminino (9,8:1) e a localização mais comum é a cauda pancreática. A maioria dos pacientes é assintomático. Este tumor é caracterizado por ser uma neoplasia maligna, porém de baixo risco, com sobrevida global em 5 anos de cerca de 95%. Apenas 9 a 13% apresentam comportamento maligno. A cirurgia radical é o principal tratamento. Este estudo tem o intuito de relatar um caso de tumor de Frantz recidivado com disseminação local e à distância. Relato de caso: Mulher, 42 anos, com massa palpável, fixa, em flanco direito há 6 meses, inicialmente indolor, progredindo há 1 mês com dor tipo cólica e aumento progressivo do tamanho. Submetida a duodenopancreatectomia devido achados sugestivos de tumor de Frantz na tomografia em cabeça pancreática. Confirmado pelo anatomopatológico, a presença de neoplasia pseudopapilífera sólida em cabeça pancreática medindo 6x5x3cm, T3N1M0 (IIb). Apresentou na imuno-histoquímica, CD10, vimentina, ciclina-D1 e RP positivos. Não realizado tratamento adjuvante. Nove anos após, paciente evoluiu com empachamento pós-prandial. Realizada tomografia de abdome com achado de lesão expansiva em hipocôndrio esquerdo medindo cerca de 11x10x8cm, além lesões hepáticas nos segmentos II/IV e VIII suspeitas para acometimento secundário. Realizada biopsia percutânea da massa em flanco esquerdo, sugestiva de tumor de Frantz recidivado. Realizada enucleação de metástase de segmento IV e tentativa de quimioembolização de metástases hepáticas, em serviço. Paciente retomou acompanhamento no nosso serviço e foi então submetida a exérese de tumor de Frantz + esplenectomia + alcoolização intraoperatória guiada por USG de metástase hepática em segmentos VIII e VI. Paciente evoluiu bem no pós-operatório e segue em acompanhamento ambulatorial com a gastrocirurgia e oncologia. Discussão: O acometimento secundário por tumor de Frantz é altamente incomum. Os principais focos são: fígado, peritônio e pâncreas remanescente (recidiva). Os fatores relacionados a melhor prognóstico são: idade menor que 28 anos e ressecção R0. Já os fatores relacionados a maior ocorrência de recidiva são: idade maior que 28 anos, tumor maior que 10cm, invasão a órgão adjacente, metástase linfonodal e AJCC estádio III. No nosso caso relatado, a paciente apresentou recidiva e metástase tardia (9 anos após a duodenopancreatectomia), além da localização não usual na cabeça do pâncreas inicialmente. Desse modo, esses casos são desafiadores quanto a definição de doença multicêntrica ao diagnóstico versus recidiva após cirurgia radical e mais estudos devem ser realizados a fim de definir protocolos quanto a adjuvância e seguimento a longo prazo.

Palavras-chave: Tumor de Frantz; pâncreas; recidiva

ID: 113441

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Tércio Genzini / Genzini, T. / HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; Marina Guitton / Guitton, M. / HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; Thais Natália de Almeida / Almeida, T. N. / HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; Luísa Della Líbera Murari / Murari. L. D. L. / Faculdade de Medicina de Catanduva; Jorge Mauricio Bronze Batista Júnior / Batista Júnior, J. M. B. / Universidade Anhembi Morumbi; Ana Lara Gimenes Oliani / Oliani, A. L. G. / Universidade São Francisco; Beimar Edmundo Zeballos Sempertegui / Sempertegui, B. E. Z. / HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ; Thaís Tiemi Hayata / Hayata, T. T. / Hospital Alemão Oswaldo Cruz;

Título: RESTABELECIMENTO DO FLUXO ARTERIAL HEPÁTICO EM PACIENTE COM ESTENOSE DO TRONCO CELÍACO SUBMETIDOS À GASTRODUODENOPANCREATECTOMIA

Introdução A duodenopancreatectomia é um procedimento desafiador que merece conhecimento anatômico e cuidados com as circulações locais, arterial e venosa, principalmente do tronco celíaco, artéria hepática, artéria mesentérica superior e veias esplênica, mesentérica superior e porta. A necessária ligadura das artérias gastroduodenal e pancreaticoduodenais para a remoção da região cefálica torna obrigatória a investigação do tronco celíaco, sob risco de comprometimento do fluxo da artéria hepática em casos de ateroscleroses ou estenoses do mesmo. Relato de Caso L.S.M, feminina, 60 anos, com diagnóstico tumor neuroendócrino de cabeça de pâncreas com 2 x 3,1 cm, confirmado com biópsia realizada por ecoendoscopia, que foi tratada pela realização de gastroduodenopancreatectomia. Durante o ato intra-operatório, notou-se artéria gastroduodenal de calibre maior que o habitual e, após seu clampeamento, constatou-se visualmente e pela palpação, redução importante de pulso da artéria hepática própria. Realizou-se então, dissecção da artéria hepática até sua emergência no tronco celíaco, sendo identificada área de fibrose compatível com Síndrome do ligamento arqueado mediano que, mesmo após seccionada, não restabeleceu o fluxo sanguíneo arterial hepático. Optado então pela dissecção da artéria pancreaticoduodenal inferior (APDi), com origem na artéria mesentérica superior (AMS), que pôde ser liberada da cabeça do pâncreas em extensão suficiente para anastomose da mesma com a artéria gastroduodenal. A anastomose foi feita com pontos separados de prolene 8-0 e, após a liberação dos clamps, foi observado bom fluxo de artéria hepática, dispensando-se a realização de doppler. Paciente evoluiu bem, sendo iniciado profilaxia com enoxiparina 1mg / kg / dia no 3º pós operatório (PO), com alta hospitalar no 19º PO e seguimento ambulatorial após. Discussão A estenose do tronco celíaco (TC) pode ocorrer em até 25% da população, principalmente em pacientes femininas com idade entre 30 e 50 anos, e sua principal causa é aterosclerose. Outra causa de estenose do TC é sua compressão por um ligamento fibroso conhecido como ligamento arqueado mediano (LAM), que pode levar à conhecida Síndrome do Ligamento Arqueado Mediano (SLAM) ou síndrome de Dunbar, descrita pela primeira vez em 1917 por Lipshutz. Quando a o fluxo arterial do TC fica comprometido, existe elevação compensatória do fluxo sanguíneo com dilatação das artérias gastroduodenal (AGD) e pancreaticoduodenais superior e inferior, de forma a garantir adequado suprimento arterial para o fígado. O conhecimento desta situação é fundamental em cirurgias com ressecção da porção cefálica do pâncreas, uma vez que a interrupção do fluxo da artéria hepática pode levar a complicações biliares e hepáticas, com aumento da morbimortalidade pós-operatória. Neste caso, conseguimos restabelecer adequadamente o fluxo arterial hepático sem comprometimento da radicalidade oncológica e sem a necessidade de colocação de enxertos.

Palavras-chave: Reconstrução vascular; Tumor neuroendócrino de pâncreas; Estenose do tronco celíaco

ID: 113406

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marcello Piacentini / Piacentini, M. / Unisul; Gabriel Pellegrin / Pellegrin, G. / Unisul; Helena Mendes / Mendes, H. / Unisul; Gabriel Mafra / Mafra, G. / Unisul; Matheus Matos Costa / Costa, M. M. / Unisul; Ricardo Reis Nascimento / Nascimento, R. R. / Unisul; Pablo Rossato / Rassato, P. / Unisul;

Título: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO E PSEUDONEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA EM PACIENTE COM PANCREATITE CRÔNICA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Introdução: O pseudoaneurisma de artéria esplênica secundário à pancreatite crônica é uma complicação vascular incomum e possivelmente grave. Existem três mecanismos que podem desencadear a formação do pseudoaneurisma: inflamação grave e autodigestão enzimática da artéria pancreática ou peripancreática produzindo ruptura arterial com formação de pseudoaneurisma; um pseudocisto estabelecido erodindo em uma artéria visceral, convertendo assim o pseudocisto em um grande pseudoaneurisma; e um pseudocisto erodindo a parede intestinal com sangramento da superfície da mucosa1. Estudos relataram que os pseudoaneurismas secundários à pancreatite ocorrem, na maioria das vezes, na artéria esplênica, seguida pelas artérias gastroduodenal, pancreaticoduodenal, gástrica esquerda e hepática comum2. Os pseudoanerismas hemorrágicos podem ter até 40% de taxa de mortalidade dependendo das condições clínicas do doente, da localização, do padrão, das particularidades da lesão e da abordagem cirúrgica optada1. O instante do rompimento é repentino; desta maneira, o diagnóstico precoce e um manejo adequado são fundamentais no combate dos desfechos fatais3,. Objetivo: Relatar o caso de um paciente portador de pancreatite crônica que passou por drenagem transgástrica de pseudocisto pancreático e posterior ligadura de artéria esplênica devido a um pseudoaneurisma de artéria esplênica. Método: As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos e revisão da literatura. Resultados: A tomografia de acompanhamento de 3 meses de pós-operatório indicou remissão total da doença. Considerações: Pode-se concluir que pseudocistos pancreáticos e alcoolismo podem ser fatores predisponentes para o desenvolvimento de complicações vasculares.Considerações: pode-se concluir que pseudocistos pancreáticos e alcoolismo podem ser fatores predisponentes para o desenvolvimento de complicações vasculares.

Palavras-chave: Pseudoaneurisma; Pseudocisto pancreático; Artéria esplênica

ID: 113826

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marianna Martini Fischmann / Fischmann M. M. / Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Isabela Contin / Contin I. / Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Danielly Veloso dos Santos / dos Santos V. D. / Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Angélica de Oliveira Cardoso / Cardoso A. O. / Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Guilherme Mombach Piffero / Piffero G. M. / Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Nicolas Karpouzas Vicentini / Vicentini N. K. / Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Luiz Henrique Bastos Capaverde / Capaverde L. H. / Hospital São Lucas - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul;

Título: TRATAMENTO DE PSEUDOCISTO PANCREÁTICO COM OBSTRUÇÃO DA VIA BILIAR - RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Introdução: O pseudocisto pancreático é definido como uma coleção líquida homogênea, encapsulada e com parede fibrosa não epitelial definida, contendo fluido rico em amilase. As principais causas para sua formação são a pancreatite crônica, pancreatite aguda e trauma. A sua formação ocorre após 4 ou mais semanas do episódio desencadeante e a conduta baseia-se em manejo conservador para pacientes assintomáticos e sem complicações ou tratamento cirúrgico/endoscópico para pacientes sintomáticos ou complicados por necrose ou infecção. Relato de caso: Paciente masculino, R.C, 55 anos, ex-etilista, iniciou com quadro de dor abdominal em quadrantes superiores, intermitente, com piora evolutiva. Apresentou perda ponderal de 9kg e histórico de mais de 3 internações por pancreatite crônica agudizada. Comparece à consulta referindo inapetência e vômitos pós-alimentares e apresentando-se ictérico. Ao exame físico era possível palpar massa em topografia epigástrica. Realizada TC e RM de abdome revelando lesão cística de 8,5 x 7,2 x 8,6cm nos maiores eixos, com conteúdo homogêneo em seu interior, compatível com pseudocisto, e determinando efeito de massa com compressão do colédoco e consequente dilatação das vias biliares intra-hepáticas. Solicitado CA 19.9 cujo resultado foi 8,00 U/mL, além de apresentar bilirrubina total de 4,1mg/dL, bilirrubina direta 3,0mg/dL e indireta 1,1mg/dL. Considerando a sintomatologia do paciente e a evidência de compressão das vias biliares optou-se por tratamento cirúrgico. Constatou-se em intraoperatório lesão de localização retropancreática e com projeção inframesocólica, optando-se por cisto-jejuno anastomose em Y de Roux. Realizada incisão sobre a parede do pseudocisto com coleta de líquido. Seccionada alça de jejuno a 30cm do ângulo de Treitz e realizada cisto-anastomose com parede lateral da alça distal de jejuno e enteroanastomose em Y de Roux entre as alças proximal e distal (figuras). O paciente apresentou ótima evolução clínica tendo alta 5 dias após a cirurgia, assintomático e com bilirrubina total de 1,4mg/dL, direta 1,0mg/dL e indireta 0,4mg/dL. O anatomopatológico da lesão resultou em tecido fibroconjuntivo e adiposo com fibrose e inflamação crônica, e a pesquisa de células tumorais evidenciou-se negativa. Discussão: Considerando as diretrizes mais atuais sobre o tema, a drenagem do pseudocisto pancreático está indicada para pacientes que apresentem sintomas ou complicações relacionadas ao pseudocisto (infecção, sangramento ou obstrução). A escolha do método de drenagem consiste em um desafio para o cirurgião, visto que a decisão deve ser individualizada e considerar as características do cisto (localização e extensão), presença de necrose da parede, obstrução biliar e também o estado hemodinâmico do paciente. Não podemos esquecer que o tratamento também depende da disponibilidade de material e de estrutura (motivo pelo qual a drenagem endoscópica ainda não é tão amplamente disponível) e experiência do cirurgião.

Palavras-chave: pseudocisto; pâncreas; via biliar

ID: 113526

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, B.F. / HSL - PUCRS; Carolina Schwartz Dalpiva / Dalpiva, C.S. / HSL - PUCRS / HPS POA; Bianca Luiza Rauber / Rauber, B.L. / HSL - PUCRS; Juliana Campana Beck / Beck, J.C / HSL - PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / Zeferino, B.R. / HSL - PUCRS; Ricardo Breigeiron / Breigeiron, R / HSL - PUCRS / HPS POA;

Título: TRAUMA PANCREÁTICO: RELATO DE CASO

Ainda que as lesões pancreáticas sejam raras e representam apenas cerca de 0,3% de todos os traumas pediátricos, são a quarta lesão de órgão abdominal mais frequente na criança. O presente relato descreve um caso de paciente pediátrico com politrauma associado a lesão pancreática. MBV, feminino, 3 anos, vítima de atropelamento. Queixava-se de dor abdominal e náuseas, estável do ponto de vista hemodinâmico e ventilatório, glasgow 15, sem déficits neurológicos focais. Apresentava dor à palpação profunda difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Procedeu-se à tomografia contrastada que evidenciou áreas de laceração hepática, sugerindo lesão grau III/IV, grande quantidade de líquido livre e pequena lesão de cauda de pâncreas sem acometimento ductal (Grau I). Procedeu-se, então, ao protocolo de tratamento não operatório (TNO) de víscera maciça em UTI pediátrica. No terceiro dia de internação a paciente evoluiu com distenção abdominal, piora súbita da dor e aumento sérico de amilase (607 UI). Indicada laparotomia exploradora volumoso hemoperitoneo, sem sangramento ativo. Apresentava lesão pancreática de 1cm com aspecto necrótico em face inferior da cauda pancreática sem comprometimento ductal e infiltrado inflamatório peripancreático difuso. Realizada drenagem do leito pancreático. Evoluiu com melhora importante da dor e distensão abdominal. A dieta foi reintroduzida no 6 dia de pós operatório, com boa aceitação e progressão, sendo o dreno retirado no 8 dia. A paciente recebeu alta hospitalar no 10 dia de pos operatorio e segue acompanhamento ambulatorial. O mecanismo de trauma mais comum nas lesões pancreáticas é a compressão do órgão contra a coluna vertebral, que pode acarretar em contusões, secção do órgão, ruptura do ducto de wirsung e perda do parênquima conforme graus de classificação da The American Association for the Surgery of Trauma que determina o tratamento e o prognóstico. Os sintomas iniciais geralmente são inespecíficos. A tomografia é o exame de escolha no trauma abdominal e a colangioressonância pode ser usada na suspeita de lesão ductal. Demonstrou-se que a CPRE apresenta o maior grau de sensibilidade para detectar lesões do ducto pancreático, porém invasivo. Tanto a amilase sérica quanto a lipase são sensíveis ao dano celular e úteis no diagnóstico de trauma pancreático em crianças e tem maior sensibilidade quando medidas pelo menos seis horas após o tempo da lesão. O TNO é o tratamento padrão para as lesões de órgãos sólidos em crianças, com taxas de sucesso maiores que 90%. À medida que o grau de lesão aumenta, os relatórios variam em relação ao sucesso do TNO, mas é tentado e executado com sucesso em todos os graus de lesão. O TNO consiste no monitoramento cuidadoso dos sinais vitais do paciente, alívio e observação adequados da dor e, possivelmente, tratamento com nutrição parenteral total. As complicações mais comuns relacionadas ao trauma pancreático grave são a formação de pseudocistos e fístulas pancreáticas.

Palavras-chave: Trauma pancreático; Tratamento não operatório ; Trauma pediátrico

ID: 113497

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gerson Sardella Delsin / Delsin, G. S. / Santa Casa de Limeira; Ricardo Estevam Martins / Martins, R. E. / Santa Casa de Limeira; Letycia Rodrigues Maione / Maione, L. R. / Santa Casa de Limeira; João Ricardo Soares da Silva / Silva, J. R. S. / Santa Casa de Limeira; Michel Azzem Goes / Goes, M. A. / Santa Casa de Limeira; Renner Augusto Medeiros Silva / Silva, R. A. M. / Santa Casa de Limeira;

Título: TUMOR DE FRANTZ - RELATO DE CASO

Introdução: O tumor solido-cístico pseudopapilar do pâncreas (Tumor de Frantz) é uma neoplasia rara de células exócrinas correspondendo a menos de 3% dos tumores pancreáticos. Acomete principalmente mulheres jovens entre 18 e 35 anos, tem crescimento indolente e apesar de ser um tumor maligno cursa geralmente com características benignas com raros casos de invasão local das estruturas adjacentes ou metástases hepáticas e pulmonares. Muitas vezes é um achado radiológico por queixas inespecíficas ou em exames de rotina. Quando apresenta sintomatologia pode ser relatado crescimento de massa abdominal acompanhado ou não de dor abdominal. O tratamento de escolha para essa patologia é a excisão cirúrgica da lesão. Relato: Paciente 32 anos com queixa de dor em região superior do abdome há cinco meses associada a perda ponderal de 4kg em 1 mês. Ao ser encaminhada ao ambulatório de cirurgia geral da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Limeira foram solicitados exames de imagem: RNM de abdome superior apresentando pâncreas com dimensões normais, sem sinais de dilatação ductal. Lesão sólida com extensas áreas de necrose e focos de hemorragias internas, localizada junto a cabeça e processo uncinado do pâncreas, cujo a possibilidade seja de tumor pseudopapilar (tumor de frantz), caso seja de origem pancreática. A lesão mede 6,2cm x 5,5cm x 4,9cm; apresenta contato com a véia mesenterica superior e veia cava inferior com sinais de compressão sobre essas estruturas, sem nítidos sinais de invasão. Apresenta contato com o duodeno, comprimindo e deformando seus contornos. O tratamento de escolha foi a remoção cirúrgica do tumor sendo realizada gastroduodenopancreatectomia. Não houveram intercorrências durante o procedimento. A paciente foi encaminhada diretamente para a unidade de terapia intensiva, estável hemodinamicamente sem uso de drogas vasoativas ou ventilação mecânica. Recebeu alta no oitavo pós-operatório, sem queixas álgicas e com boa aceitação da dieta. Na primeira consulta ambulatorial paciente sem queixas trazendo exame Anatomopatológico que evidenciou linfonodos livres de neoplasia e produto de gastroduodenopancreatectomia com neoplasia sólida pseudopapilifera de pâncreas (tumor de Frantz) com tamanho de 8cm e margens livres. A Imuno-histoquímica confirmou o tumor de pâncreas com perfil Imuno-histológico de tumor sólido cístico pseudopapilifero. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial. Discussão: Como relatado na literatura, a paciente está dentro da faixa etária mais acometida por esse tumor e apresentou sintomas inespecíficos característicos dessa doença. Vemos ainda que apresenta sinais que nos dão indícios de um prognostico favorável da doença como a não invasão de estruturas adjacentes e a ausência de metástases hepáticas e pulmonares. O diagnostico rápido, devido aos exames de imagem e estudos histológicos, e ao tratamento cirúrgico proposto foram essenciais para uma boa recuperação clínica e um bom prognostico da doença.

Palavras-chave: Tumor de Frantz; Pancreas; Tumor pseudopapilar

ID: 113204

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Karen Guerra de Souza / Souza, K.G. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Luiz Guilherme Santos Maksoud / Maksoud, L.G.S. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Paulo Fabrício Stanke / Stanke, P.F. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Marcio Botter / Botter, M. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Vicente Dorgan Neto / Neto, V.D. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Roberto Saad Junior / Saad, R.J. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de São Paulo;

Título: ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA TRATAMENTO DE ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO EM ADULTO

Introdução: A aspiração de corpo estranho é um evento mais prevalente em crianças (80%). Em adultos os principais fatores de risco são abuso de álcool, drogas ilícitas e medicações, trauma cranioencefálico, manuseio de cânula de traqueostomia e procedimentos em orofaringe. O tratamento padrão é a retirada por broncoscopia, porém na falha desta, a abordagem cirúrgica pode ser necessária. Descrevemos um caso de aspiração de corpo estranho em adulto com necessidade de cirurgia. Relato de caso: Mulher, 76 anos, com antecedente de Laringectomia total devido câncer de Laringe e cordas vocais há 25 anos, deu entrada no Pronto Socorro com relato de aspiração de corpo estranho pelo traqueostoma (grampo de cabelo) há 20 dias da entrada. Referiu que foi realizada broncoscopia em outro serviço para retirada do corpo estranho sem sucesso. Evoluiu com tosse, febre e dor torácica. Paciente ex-tabagista (50 anos.maço), hipertensa e diabética à admissão encontrava-se com sinais clínicos de toxemia. Solicitada TC de Tórax sendo observado material metálico e derrame pleural de conteúdo espesso à direita. Em nova broncoscopia não foi encontrado o objeto em árvore brônquica, apenas edema e enantema de mucosa abaixo do brônquio inferior direito. Realizada drenagem torácica direita do empiema pela equipe de cirurgia torácica e iniciado antibiótico. Após 3 dias, paciente foi submetida a uma Toracotomia póstero lateral direita sendo encontrado no intra-operatório um grampo de cabelo no recesso diafragmático, livre no espaço pleural, empiema em fase fibrinopurulenta e segmento basal lateral do lobo inferior direito necrosado. Realizada a retirada do objeto, segmentectomia em cunha de lobo inferior direito e drenagem torácica com dreno tubular 28F em aspiração contínua. Paciente teve boa evolução na internação, porém sem expansão pulmonar total nos exames radiológicos de controle, sendo optado por drenagem aberta no 10º dia de pós-operatório na alta hospitalar. Paciente em seguimento sendo retirado dreno torácico após 5 meses no ambulatório. Discussão: O tratamento padrão-ouro na aspiração de corpo estranho é a retirada por broncoscopia. O local mais comum de impactação é o brônquio direito, devido sua angulação mais vertical, como ocorreu no caso relatado. Em alguns casos com complicações tais como perfuração, obstrução e estenose da via aérea, abscesso pulmonar, empiema, pneumotórax e pneumomediastino ou por falha na broncoscopia, a intervenção cirúrgica pode ser necessária. Mesmo sendo a minoria dos casos, a literatura descreve ressecções pulmonares menores até pneumonectomias na abordagem cirúrgica. No caso apresentado, foi necessária segmentectomia devido comprometimento do parênquima, além de o corpo estranho provavelmente ter sido empurrado na tentativa de retirada por broncoscopia. O intenso processo inflamatório não permitiu expansibilidade pulmonar adequada após a cirurgia com tratamento a longo prazo. Apesar de rara, a cirurgia tem seu papel nesses eventos.

Palavras-chave: corpo estranho; traqueostoma; toracotomia

ID: 112270

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rafael Marques de Mesquita / MESQUITA, R. M. / Universidade Federal do Triângulo Mineiro; João Paulo Vieira dos Santos / SANTOS, J. P. V. / Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Nicolas Alves Rocha / ROCHA, N. A. / Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Gustavo Cunha Lima / LIMA, G. C. / Universidade Federal do Triângulo Mineiro;

Título: ABSCESSO PULMONAR ASSOCIADO A ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

Infecções pulmonares normalmente apresentam boa resposta farmacológica chegando a quase 90% de resposta com medicação. Fatores obstrutivos, coleções volumosas ou infecções por organismos multirresistentes como Pseudomonas aeruginosa, por exemplo, podem levar a um comprometimento da resposta esperada no tratamento. A necessidade de intervenção cirúrgica pode ser necessária em situações em que a melhora clínica e radiológica não são obtidas pelos métodos convencionais. Dentre as opções de abordagem vemos desde ressecções em cunha até casos em que a pneumonectomia é necessária. Nesse relato de caso de um paciente atendido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) devido broncoaspiração de corpo estranho durante episódio de perda momentânea de consciência e posterior evolução ao longo de cerca de 10 meses com pneumonias de repetição, astenia, adinamia e perda ponderal . Após investigação clínica e radiológica onde foi identificado o corpo estranho em brônquio intermédio direito foi realizada tentativa de remoção do mesmo sem sucesso. Visto tentativa sem sucesso de remoção, abscesso pulmonar volumoso, comprometimento de parênquima pulmonar direito, condição clínica do paciente e resultado de cultura com isolamento de germe multirresistente optada por pneumonectomia direita realizada pela equipe da Cirurgia Torácica do HC-UFTM. Evoluiu em pós-operatório internado inicialmente unidade de terapia intensiva e posteriormente em enfermaria, ausência de fístula aérea e boa resposta a antibioticoterapia implementada levando a condições clínicas para alta hospitalar e seguimento ambulatorial.

Palavras-chave: Pneumonectomia Total; Broncoaspiração; Corpo Estranho

ID: 113813

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Igor Tadeu Nishimori Silva / Silva, I. T. N. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP; Rodrigo Toshio Sakae / Sakae, R. T. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP; Marcio Botter / Botter, M. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP; Roberto Saad Junior / Saad Junior, R. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP; Vicente Dorgan Neto / Neto, V. D. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP; Karen Guerra de Souza / Souza, K. G / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP; Andressa Beber Castilho / Castilho, A. B. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - FCMSCSP;

Título: ACHADO DE VARIAÇÃO ANATÔMICA EM CIRURGIA DE SIMPATECTOMIA TORÁCICA: LOBO ÁZIGOS

INTRODUÇÃO: O lobo ázigos é uma rara variação anatômica do lobo superior direito do pulmão. Sua etiologia está relacionada a um defeito da migração da veia ázigos durante o processo durante o desenvolvimento embriológico. A prevalência é de cerca de 0.4% a 1% em dissecções anatômicas. A simpatectomia torácica é um procedimento cirúrgico já consagrado na literatura para tratamento da hiperidrose primária, palmar e/ou axilar. Durante o procedimento, as cadeias simpáticas são acessadas no ápice do tórax através da realização de breve apneia, causando a queda do ápice pulmonar e a presença do lobo ázigos interfere no acesso as cadeias simpáticas durante a simpatectomia. RELATO: Paciente do sexo feminino de 39 anos, com queixa de hiperidrose axilar, sem comorbidades e com índice de massa corporal de 21 kg/m². Sendo durante o acompanhamento indicado a cirurgia de simpatectomia torácica. Foram solicitados exames pré-operatórios básicos (exames laboratoriais, eletrocardiograma e radiografia de tórax) sendo todos dentro da normalidade . Durante a realização do procedimento, foi realizada a simpatectomia convencional à esquerda sem intercorrências. Durante a realização de toracoscopia à direita foi evidenciado a presença do lobo ázigos e do meso-ázigos. Para a realização do acesso às cadeias simpáticas à direita foi necessário a realização de mobilização do lobo ázigos em direção inferior, não sendo necessário a realização de lise do meso-ázigos. O procedimento ocorreu sem intercorrências e a paciente teve alta no primeiro dia de pós operatório. DISCUSSÃO: O lobo ázigos é uma variação anatômica rara e interfere no acesso às cadeias simpáticas torácicas durante a realização da simpatectomia torácica convencional por videotoracoscopia. Apesar de existir sinal radiológico em radiografia simples de tórax , este sinal nem sempre é de fácil visualização e nem sempre está presente. Como no caso apresentado não existiam aderências pleuro-pulmonares, o procedimento pôde ser realizado sem intercorrências somente realizando a mobilização do lobo ázigos e do lobo superior em direção inferior possibilitando o acesso às cadeias simpáticas paravertebrais.

Palavras-chave: Simpatectomia; lobo ázigos; Variação Anatômica

ID: 112985

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gilmar Felisberto Junior / Felisberto G, Jr / HCFAMEMA; Beatriz Zangrossi Rodrigues / Rodrigues, B. Z. / HCFAMEMA; Taísa Bento Marquez / Marques, T. B. / HCFAMEMA; Patricia Biaggio Soares / Soares, P. B. / HCFAMEMA; Giovanna Gobbo Romera / Romera, G. G. / HCFAMEMA; Júlia Andrade Pires de Melo / Melo, J. A. / HCFAMEMA; Miriã Villar de Oliveira / Oliveira, M. V. / HCFAMEMA; Caio de Toledo Cruz / Cruz, C. T. / HCFAMEMA;

Título: ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA: RELATO DE CASO

Introdução A aspergilose pulmonar compreende um tipo de doença causada pelo fungo do gênero Aspergillus. A prevalência varia entre 35-60 anos no sexo masculino, com curso progressivo, caracterizado por expectoração, perda de peso, dor ventilação-dependente, dispneia e fadiga, conforme descrito neste caso. Relato do Caso Paciente feminina, 49 anos, relatando apresentar tosse seca há 3 anos associada a leve dispneia e episódios de dor ventilatório-dependente em hemitórax esquerdo. Negava perda de peso e história prévia de tuberculose, tinha murmúrios vesiculares presentes com roncos esparsos e SatO2 dentro da normalidade. Apresentava imagem tomográfica de lesão escavada em segmento anterior do lobo superior esquerdo (LSE) de 5,8 x 2,5 x 3,5 cm, associada a áreas de vidro fosco e bronquiectasias. A pesquisa de BAAAR e fungos no lavado bronco-alveolar foi negativa. Realizou controle tomográfico em seguimento ambulatorial com manutenção da imagem, sendo proposta abordagem cirúrgica. Foi realizada toracotomia poupadoura na altura do 4º EIC, foram encontradas firmes aderências pleuropulmonares e importante neovascularização entre o LSE e o mediastino. Foi então feita segmentectomia não anatômica, com saída de secreção acinzentada após o grampeamento, cuja cultura identificou Aspergillus sp. Fez uso de itraconazol por 18 meses, porém houve crescimento da lesão. Devido a falha terapêutica, foi proposta, após discussão multidisciplinar, realização de lobectomia superior esquerda seguida por administração de anfotericina B. Recebeu alta com itraconazol após internação de 30 dias para controle do quadro febril. Mantem acompanhamento com cirurgia torácica e com infectologia em uso de variconazol, mantendo apenas queixa de tosse seca esporádica. Discussão A aspergilose pulmonar crônica geralmente ocorre em pacientes com doença pulmonar cavitaria crônica e é caracterizada por um curso clínico prolongado, sintomas inespecíficos, marcadores inflamatórios aumentados quando na fase aguda e um estado imunológico altamente variável. Os achados radiológicos típicos incluem a presença de cavidades que podem ou não conter bolas fúngicas, geralmente localizadas nos lobos superiores. Deve-se atentar para a exclusão de outras patologias como tuberculose ativa, infecção micobacteriana atípica, histoplasmose luminal crônica e doença fúngica coccidioide. O diagnóstico é confirmado pelo isolamento de fungos ou pela presença de anticorpos séricos. Os estudos mais recentes apontam que a maioria dos pacientes tem sido tratados com itraconazol, enquanto a anfotericina B tem sido utilizada em casos refratários. A duração do tratamento deve ser baseada na resposta clínica e na necessidade de abordagem cirúrgica. O uso de antifúngicos é um dos pilares fundamentais no tratamento, devendo ser usado por longos períodos ou mesmo de maneira vitalícia.

Palavras-chave: Aspergilose pulmonar invasiva; Cirurgia ; Lobectomia pulmonar

ID: 112629

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Luana Perrone Camilo / Camilo, L. P. / Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein; Evelyn Sue Nakahira / Nakahira, E. S. / Hospital Israelita Albert Einstein; João Marcelo Lopes Toscano de Brito / Brito, J. M. L. T. / Hospital Israelita Albert Einstein; Oswaldo Gomes Junior / Gomes Junior, O. / Hospital Israelita Albert Einstein; Guilherme Vieira Soares de Carvalho / Carvalho, G. V. S. / Hospital Israelita Albert Einstein; Marcos Naoyuki Samano / Samano, M. N. / Hospital Israelita Albert Einstein;

Título: AUTOTRANSPLANTE DE PULMÃO PARA TUMOR LOCAL AVANÇADO: RELATO DE CASO

Introdução O autotransplante pulmonar é uma técnica cirúrgica possível no tratamento do câncer de pulmão que não possuem condições clínicas para serem submetidos à pneumonectomia. O procedimento envolve a pneumonectomia do pulmão afetado, perfusão pulmonar, lobectomia em back table e reimplante do lobo remanescente no paciente. O presente caso clínico relata um autotransplante de um centro de referência à cirurgia torácica oncológica de São Paulo. O objetivo é ampliar a visão sobre o tema, pois poucos casos semelhantes foram descritos, com desfecho oncológico favorável e com baixa taxa de complicações. Relato Mulher de 69 anos, ex-tabagista, 75 anos-maço, diabética e hipertensa, em investigação de dor torácica. A tomografia computadorizada mostrou nódulo sólido com contornos irregulares e mal definidos, localizado no segmento inferior do lobo superior direito (LSD) junto ao hilo pulmonar, medindo aproximadamente 4,0 x 4,0 x 3,3 cm. Em estadiamento, a tomografia computadorizada por emissão de pósitrons mostrou discreta captação de FDG (SUVmáx 3,0) em linfonodo mediastinal paratraqueal inferior direito, medindo 1,2 x 0,8 cm. O teste de função pulmonar expôs CVF 2,53L - 72% do valor predito, VEF1 1,29 - 63% do valor predito, caracterizando distúrbio ventilatório obstrutivo leve, sendo factível a ressecção do ponto de vista pulmonar. Paciente inicialmente submetida a 4 ciclos de neoadjuvância com agentes carboplatina, paclitaxel e nivolumab. Após 104 dias do início da neoadjuvância, foi submetida à pneumonectomia radical direita, que manteve o coto do vaso pulmonar o máximo possível para uma anastomose adequada e realizou a perfusão com flush anterógrado e retrógrado com Perfadex. Em back table, foi feita a ressecção de LSD e lobo médio, com margens seguras e preparo dos vasos e do brônquio do lobo inferior direito para reimplante. Realizadas anastomoses termino terminais de brônquio, artéria e veia. O tempo total de isquemia foi de 107 minutos. O dreno de tórax foi retirado no 10º dia de pós-operatório (PO). Teve alta da UTI no 12º PO e da enfermaria no 39º PO. O anatomopatológico mostrou ausência de neoplasia maligna residual, com estadio cirúrgico ypT0 ypN0. Recebeu a mesma quimioterapia e imunobiológico anteriores. Recuperou performance e atualmente sem uso de oxigênio suplementar e de evidência de recidiva tumoral há 6 meses. Discussão O autotransplante pulmonar tem sido empregado com sucesso para pacientes com câncer de pulmão localizado centralmente a fim de poupar o parênquima, preservando a função em pacientes com performance pulmonar limítrofe. Tecnicamente o autotransplante permite ressecção mais estendida e reconstruções broncovasculares de forma mais fácil e segura. Além disso, a preservação do pulmão com solução fornece tempo suficiente para confirmar anatomopatologicamente as margens livres do tumor. Esse procedimento não está associado a maiores complicações precoces no PO, sendo uma alternativa em tumores pulmonares avançados.

Palavras-chave: autotransplante; pulmão; oncologia

ID: 113831

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Alice de Souza / Souza, M. A. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Luiz Guilherme Santos Maksoud / Maksoud, L. G. S. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Karen Guerra de Souza / Souza, K. G. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Márcio Botter / Botter, M. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Vicente Dorgan Neto / Dorgan Neto, V. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Paulo Fabricio Stanke / Stanke, P. F. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Rodrigo Toshio Sakae / Sakae, R. T. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Roberto Saad Júnior / Saad Jr, R. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;

Título: BOLHA GIGANTE E SEQUESTRO PULMONAR: RELATO DE CASO

Introdução: O sequestro pulmonar é uma malformação congênita rara (6,6%) mais comum em homens, caracterizada pela presença de massa de tecido pulmonar sem comunicação com a árvore brônquica e com suprimento arterial pela circulação sistêmica. Os sequestros pulmonares são divididos em intra-lobar ou extra-lobar, este sendo revestido por pleura própria. Normalmente, o diagnóstico é feito nos primeiros 6 meses de vida e é associado a outras malformações congênitas como hérnia diafragmática, enfisema lobar congênito ou cisto broncogênico. A localização mais comum é no hemitórax esquerdo, entre o lobo inferior e o diafragma, sendo suprido diretamente por ramo da aorta torácica ou abdominal. Considerando o quadro descrito e suas manifestações comuns, nota-se a raridade da situação e não foram encontrados casos similares na literatura. Objetivos: relatar caso raro no sexo feminino de sequestro extra-lobar com bolha enfisematosa gigante associada. Relato de Caso: G.N.S., 27 a, feminino, natural da Bahia, procedente de São Paulo, com tosse seca há 45 dias, de início súbito, com piora à noite, sem febre, com dispnéia aos moderados esforços, náusea e vômito pós-prandiais. Encaminhada à Santa Casa do Hospital de Franco da Rocha para investigação, pois não houve reexpansão pulmonar adequada após 15 dias da realização de drenagem de tórax e antibioticoterapia como tratamento para pneumonia e suposto pneumotórax espontâneo. Tabagista 14 anos.maço. Ao ser avaliada, identificou-se pelos exames de imagem uma bolha pulmonar enfisematosa gigante e líquido no terço inferior do pulmão esquerdo. Realizou-se uma toracotomia e, ao notar a presença de um ramo anômalo arterial, descobriu-se que se tratava de um sequestro pulmonar extra-lobar acometido por bolha enfisematosa gigante, a qual foi confundida com um pneumotórax. O estudo anatomopatológico confirmou o sequestro pulmonar e o enfisema pulmonar bolhoso com processo inflamatório crônico, associado a pneumonia em organização. Discussão: O sequestro pulmonar extra-lobar é uma malformação congênita rara, podendo cursar com desconforto respiratório ou infecções de repetição, porém a maioria é assintomático. Seu diagnóstico é comumente feito na infância como uma achado incidental de massa em hemitórax no USG pré-natal. Em USG com doppler, uma artéria anômala de origem na aorta indo para massa pulmonar é um sinal patognomônico e uma angiotomografia é o padrão ouro de diagnóstico. No caso clínico apresentado, pode-se observar no RX hiperdensidade homogênea, áreas císticas e nível hidroaéreo e na TC havia grandes áreas cavitadas com nível hidroaéreo. A cirurgia envolveu a excisão da lesão e detectou o sequestro pulmonar, enquanto o estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico. Ou seja, trata-se de um caso atípico de sequestro pulmonar com diagnóstico tardio, que cursou com o desenvolvimento de uma bolha enfisematosa gigante, o qual foi confundido com um pneumotórax, algo nunca antes visto em literatura até o momento.

Palavras-chave: pneumotórax; enfisema bolhoso; sequestro pulmonar

ID: 113804

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Carolina Fauzi Hamuche / Hamuche, C. F. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Márcio Botter / Botter, M. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Vicente Dorgan Neto / Dorgan Neto, V. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Roberto Saad Jr. / Saad Jr, R. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Luiz Guilherme Maksoud / Maksoud, L. G. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Paulo Fabrício Stanke / Stanke, P. F. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;

Título: CISTO DE PARATIREÓIDE - TUMOR RARO NO MEDIASTINO

Introdução Tumores do mediastino anterior são raros e possuem etiologias heterogêneas, com apresentação assintomática. A prevalência de lesões nessa região é de 0,49%-0,89%. As causas mais comuns são os timomas, linfomas, tumores de células germinativas, massas de tireoide e aneurismas da aorta. Entre as menos reportadas estão os cistos de paratireóide, que representam 0,5% de lesões paratireoideanas. O diagnóstico diferencial pode ser feito com exames de imagem, estudos anatomopatológicos e imunohistoquímicos. Em cistos de paratireóide de localização ectópica, imagens de TC e RM evidenciam cisto unilocular de parede fina. Relato de caso Homem, 59 anos, com quadro de dispnéia há dois meses e disfonia há 14 dias, procurou serviço de saúde em São Paulo. Foi realizado broncoscopia que constou paresia de prega vocal à direita. Em sequência, realizou tomografia de tórax e ressonância magnética do tórax, que evidenciaram tumoração de conteúdo cístico no mediastino anterossuperior, medindo cerca de 6,0 cm no seu maior eixo. O paciente foi submetido a videotoracoscopia direita, com ressecção completa da lesão mediastinal cística evidenciada nos exames de imagem. O exame anatomopatológico revelou lesão cística com áreas de hemorragia associada a proliferação de células claras, podendo corresponder a tecido paratireoideano ou tireoideano ectópicos, além de carcinoma renal metastático, ou mesmo neoplasia neuroendócrina. Realizado estudo imunohistoquímico com positividade para cromogranina A e GATA3, sendo o exame conclusivo para o diagnóstico de tecido paratireoideano ectópico. Paciente evoluiu sem complicações, com alta hospitalar no 4o PO. Atualmente encontra-se em seguimento ambulatorial, sem queixas respiratórias e com progressiva melhora da disfonia. Realizada cintilografia de paratireoide, que não evidenciou outras lesões ectópicas. Discussão Há 359 casos reportados na literatura de cistos de paratireóide, configurando lesões raras que se apresentam em sua maioria em mulheres (1:1,85), e ocorrência aos 55 anos, em média. Podem ser classificadas como funcionais, acompanham hiperparatireoidismo, e não funcionais, mais comum em mulheres. Em relação a localização dos cistos de paratireóide, apenas 10% são encontrados no mediastino. Estudos evidenciam que os cistos encontrados no mediastino variam entre 0,5 cm e 12 cm de diâmetro, sendo que os sintomas aparecem devido a compressão local da lesão por cistos maiores. A dificuldade de diagnóstico de cisto da paratireóide no mediastino anterior deve ser contemplada na avaliação pré-operatória, principalmente em casos de cistos não funcionantes, por não estarem associados ao hiperparatireoidismo e hipercalcemia, e por serem, em sua maioria, assintomáticos, podendo ainda serem confundidos com quadros tireoideano ectópicos. No caso de quadros sintomáticos, com apresentação de dispneia, disfonia, disfagia ou paresia do nervo laríngeo recorrente, como observado no caso relatado, o tratamento cirúrgico é indicado.

Palavras-chave: cisto; paratireóide; mediastino

ID: 113816

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lise Yumi Namihira / Namihira, L.Y. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Mariana Prado Fontana / Fontana, M. P. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Roberto Saad Júnior / Saad, Jr. R. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;

Título: CRIPTOCOCOSE EM PACIENTE COM ANTECEDENTE DE MELANOMA

INTRODUÇÃO A criptococose é uma doença classificada como micose sistêmica, causada por fungos do gênero Cryptococcus. A variante C. neoformans, de caráter oportunista, é a principal causa de meningoencefalite e morte em indivíduos com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). No entanto, também pode acometer indivíduos imunocompetentes. Já a variante C. gatti acomete crianças e jovens sem evidência de imunodepressão e tem comportamento endêmico em zonas tropicais e subtropicais. O principal reservatório do fungo é matéria orgânica morta presente no solo, em frutas secas, cereais e árvores, também pode ser encontrados em fezes de aves, principalmente pombos. A transmissão da criptococose ocorre por inalação do fungo causador. Muitos pacientes com infecção pulmonar criptocócica são assintomáticos, mas podem apresentar sintomas como febre, tosse, dor no peito, perda de peso e fraqueza. O diagnóstico é clínico e laboratorial, pode ser feito com uso de tinta da China, com evidências de criptococos visíveis em materiais clínicos, e por exames de imagem como tomografia computadorizada, ressonância magnética e radiografia de tórax, com presença de criptococomas. Além disso, o criptococo pode ser isolado em urina ou pus, e sorologia e histopatologia também são consideradas na confirmação do diagnóstico. Para diagnóstico de meningite criptocócica, é feito exame do líquor-LCR. RELATO DE CASO Paciente do sexo masculino, 41 anos, refere que há cerca de 2 anos notou o aumento de tamanho e espessura de uma pápula acastanhada que já possuia anteriomente no tórax, e evoluiu com sangramento local. Realizou biópsia excisional (25/11/21) para retirada da lesão e recebeu diagnóstico de melanoma maligno nodular. Em exame dermatológico, foi observada dermatose em tórax anterior à esquerda, caracterizada por cicatriz de 3 cm, eritematosa, com presença de mácula acastanhada no centro, sem sinais sugestivos de malignidade no exame físico e na dermatoscopia. O PET-CT evidenciou nódulo com componente pleural no lobo superior direito com SUV de 1,8 e nódulos no lobo superior direito com SUV de 1,3 e 1,4. Devido a sinais de potencial atividade neoplásica pulmonar, paciente foi encaminhado para o Ambulatório da Cirurgia Torácica. Conduta cirúrgica: Com hipótese diagnóstica de nódulo pulmonar secundário a melanoma maligno nodular, o paciente foi submetido a lobectomia superior direita (05/05/22), linfadenectomia mediastinal (cadeias 7 e 10) e drenagem torácica direita. DISCUSSÃO Paciente com antecedente de melanoma nodular apresenta nódulos pulmonares em PET-CT e tomografia sugestivos de metástase pulmonar e é indicada cirurgia para retirada de lobo pulmonar superior direito. Durante a cirurgia, foi uma grande surpresa para a equipe médica encontrar nódulos pulmonares secundários a criptococose. REFERÊNCIA CRIPTOCOCOSE.Gov.br,2020.Disponível em:<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/criptococose/criptococose>. Acesso em: 17 de jun. de 2022

Palavras-chave: Melanoma metastático; Criptococose; Metástase pulmonar

ID: 113513

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ludmila Corbelli Pereira / Pereira, L.C. / Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC; João Luiz Queiroz Do Nascimento / Nascimento, J.L.Q. / Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC; Layla Vieira dos Santos / Santos, L.V. / Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC; Marcela Barbosa Pereira Coeli / Coeli, M.B.P / Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC; Marina Carvalho de Souza Lima / Lima, M.C.S. / Hospital Santa Isabel; Marcela Ribeiro Rangel Maia / Maia, M.R.R. / Hospital Santa Isabel; Bruno dos Santos Farnetano / Farnetano, B.S. / Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC; Filipe Moreira de Andrade / Andrade, F.M. / Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC;

Título: ESPONDILODISCITE COMPLICANDO COM EMPIEMA PLEURAL: RELATO DE CASO

Introdução: Empiema pleural é o acúmulo de pus no espaço pleural. É dividido em fase I, II, III e fase crônica. O quadro clínico varia segundo a etiologia do empiema e seu estágio. O diagnóstico envolve avaliação clínica, exames de imagem e laboratoriais e o tratamento envolve abordagem cirúrgica e medicamentosa. A espondilodiscite é uma inflamação das vértebras e do disco intervertebral frequentemente associada com infecção. Sua incidência é de 1 a cada 100.000 a 250.000 mil habitantes. É uma doença grave com mortalidade entre 2 e 12%. Os achados clínicos variam de dor à déficits neurológicos e o tratamento envolve abordagem cirúrgica e medicamentosa. Na literatura atual, há poucos relatos de empiema pleural como complicação de espondilodiscite, o que evidencia a importância deste trabalho. Relato de caso: Paciente sexo masculino, 58 anos, foi admitido no serviço de urgência do Hospital Santa Isabel com dorsalgia na região toracolombar associado a dispneia e dor no terço inferior na região posterior do hemitórax direito, com evolução de 15 dias. O paciente havia iniciado tratamento empírico para tuberculose em sua cidade de origem 8 dias antes da admissão hospitalar devido ao quadro clínico associado a derrame pleural identificado à radiografia de tórax. Apresentou artrite séptica no joelho esquerdo 40 dias antes da admissão, tratada com antibioticoterapia, sem intercorrências. Durante internação, suspendeu-se o tratamento contra tuberculose e foram realizados exames laboratoriais e tomografia computadorizada. Identificou-se leucocitose de 16.000 com desvio à esquerda, derrame pleural com encarceramento pulmonar, espondilodiscite envolvendo T8 e T9. Iniciado antibioticoterapia com ceftriaxone e vancomicina, realizou-se então ressonância nuclear magnética com confirmação da alteração vertebral e o paciente foi submetido a toracocentese com biópsia pleural, sendo identificado apenas inflamação aguda e crônica pleural e líquido compatível com empiema. Sucedeu-se a cirurgia de decorticação pulmonar e drenagem pleural, com expansão progressiva pulmonar. Recebeu alta hospitalar cerca de 45 dias após a admissão, com melhora clínica e normalização dos parâmetros laboratoriais. Discussão: O paciente apresentou um quadro com boa evolução clínica após instaurado tratamento adequado com antibioticoterapia e drenagem do empiema. Descartado tuberculose após biópsia pleural, firmou-se o diagnóstico de espondilodiscite com possível causa hematogênica, por êmbolo séptico da artrite séptica do joelho. A espondilodiscite é mais comum em homens, com pico antes dos 20 anos e outro entre 50 e 70 anos de idade, o que vai de encontro ao relatado. As principais complicações são déficits neurológicos permanentes e dor intensa, o que acontece em cerca de um terço dos casos. O paciente em questão teve como complicação o empiema pleural e não apresentou nenhum déficit permanente.

Palavras-chave: Empiema Pleural; Espondilite; Discite

ID: 112664

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gilmar Felisberto Felisberto Junior / Felisberto G, Jr / HCFAMEMA; Beatriz Zangrossi Rodrigues / Rodrigues, B. Z. / HCFAMEMA; Patricia Biaggio Soares / Soares, P. B. / HCFAMEMA; Júlia Andrade Pires de Melo / Melo, J. A. P. / HCFAMEMA; Caio de Toledo Cruz / Cruz, C. T. / HCFAMEMA; Giovanna Gobbo Romera / Romera. G. G. / HCFAMEMA; Aline Mayumi Anzai / Anzai, A. M. / HCFAMEMA; Caio Coneglian de Menezes / Menezes, C. C. / HCFAMEMA;

Título: ESTENOSE SUBGLÓTICA PÓS COVID-19: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO O espaço subglótico é a parte mais baixa da laringe, desde a margem inferior das cordas vocais até a borda inferior da cartilagem cricóide. A estenose subglótica pode ser congênita ou adquirida, sendo a intubação orotraqueal (IOT) prolongada responsável por cerca de 90% dos casos. A síndrome respiratória aguda grave causada pelo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) e a pandemia de COVID-19 associada levaram a um aumento de pacientes críticos que necessitam de ventilação mecânica prolongada, elevando, desse modo, a incidência de estenose sublgótica (ES). RELATO DO CASO Paciente masculino, 60 anos, portador de hipotireoidismo. Teve diagnóstico de COVID-19 em novembro de 2020, permanecendo em ventilação mecânica por mais de 30 dias e submetido à traqueostomia na origem. Após decanulação acidental, foi encaminhado ao ambulatório em março de 2021, momento no qual apresentava estridor e esforço respiratório. Como trazia laudo de broncoscopia com evidência de ES Myer-Cotton III foi optado por realizar dilatação com broncoscopia rígida. No momento do procedimento foi identificado desvio importante da laringe, o que inviabilizou a realização da dilatação, sendo, então, refeita a traqueostomia. No seguimento, os exames mostraram evolução da estenose, sendo classificada como Myer-Cotton IV em setembro de 2021. Após 10 meses do quadro de covid-19 foi realizada laringotraqueoplastia com inclusão de tubo T e enxerto de cartilagem costal. Evoluiu de forma satisfatória até o 45º PO, quando iniciou desconforto respiratório. A broncoscopia mostrou presença de tecido de granulação na porção distal do tubo T. Foi feita desobstrução mecânica, porém as recidivas constantes levaram a necessidade de troca do tubo T, com porção distal mais longa. Após a troca, segue assintomático em acompanhamento ambulatorial DISCUSSÃO Muitos indivíduos com estenose subglótica são inicialmente assintomáticos. À medida que a estenose progride os sintomas se intensificam. Assim como neste caso, o estridor inspiratório é o sinal de apresentação mais comum, seguido de dispneia, tosse seca e disfagia. Intervenções como dilatações por balão e técnicas endoscópicas de divisão cricóide evitam a traqueostomia em pacientes com estenose subglótica leve a moderada. No entanto, casos graves são frequentemente dependentes de traqueostomia. Técnicas cirúrgicas a como reconstrução laringotraqueal e ressecção cricotraqueal oferecem altas taxas de decanulação. Habitualmente, a evolução após a laringotraqueoplastia é satisfatória. O que chamou atenção neste caso, foi o desenvolvimento de granuloma na porção distal da traqueia. Sendo este fato inédito em nosso serviço, não foi possível deixar de correlacionar esta complicação com o antecedente de covid-19. A estenose subglótica pós intubação é uma das complicações diretas da COVID-19, especialmente nos pacientes que ficam tempo superior a 3 semanas em IOT, como no caso relatado. Assim, esta condição será um grande problema emergente em todo o mundo.

Palavras-chave: Covid-19; Laringoestenose; Cirurgia

ID: 113454

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Julia Andrade Pires de Melo / Melo, J. A. P. / FAMEMA; Gilmar Felisberto Júnior / Felisberto Júnior, G. / FAMEMA; Miriã Villar de Oliveira / Oliveira, M. V. / FAMEMA; Vitor Brambilla Mazine / Mazine, V. B. / FAMEMA;

Título: FERIMENTO CARDÍACO PENETRANTE POR ARMA BRANCA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO Atualmente, a principal causa de morte na população adulta jovem é o trauma. Aproximadamente 25% das mortes por trauma estão relacionadas às lesões torácicas e 90% das lesões cardiovasculares são por trauma penetrante. O ferimento cardíaco é frequentemente associado a lesões por armas brancas, porém tem se observado um aumento no número de ferimentos cardíacos por armas de fogo devido ao maior acesso da população civil às armas de fogo e crescentes índices de violência urbana. RELATO DE CASO Paciente masculino, 39 anos, deu entrada na emergência devido a ferimento penetrante na região precordial. Admitido com vias aéreas pérvias; pouco contactante; tórax simétrico com expansibilidade preservada, murmúrio vesicular fisiologicamente distribuído, saturando 100% com cateter nasal de oxigênio a 3 litro por minuto, sem desconforto respiratório; ausculta cardíaca com duas bulhas rítmicas hipofonéticas, frequência cardíaca de 125 batimentos por minuto, ausência de sangramento ativo aparente; escala de coma de glasgow 15; sudoreico, três ferimentos penetrantes em tórax posterior à direita e uma lesão cerca de 20 milímetros na altura do mamilo a esquerda com curativo oclusivo 3 pontos. Realizado ultrassom a beira-leito com diagnóstico de hemotórax e hemopericárdio. Devido à instabilidade clínica, foi feita pericardiocentese com saída de 150 mililitros de sangue. Após a estabilização foi submetido a toracotomia anterior esquerda no quinto espaço intercostal que revelou lesão penetrante no ápice do ventrículo esquerdo, a qual rafiada, com controle do sangramento. Paciente foi encaminhada à unidade de terapia intensiva, permanecendo por 3 dias. Recebeu alta no sexto dia pós-operatório. Realizado um ecocardiograma no dia da alta que se mostrou sem alterações sob aspecto anatômico. Paciente retornou em consulta ambulatorial no vigésimo quarto dia de pós-operatório assintomático, sem alterações no exame físico cardiopulmonar, com ferida operatória limpa e seca, sem sinais flogísticos, recebendo alta da especialidade de cirurgia torácica. DISCUSSÃO O trauma cardíaco penetrante pode representar uma condição letal, com altas taxas de mortalidade. Taxas reais de sobrevida são de difícil mensuração, variando de 3% a 84%. Ferimentos penetrantes no coração podem ser divididos em: grandes lacerações ou ferimentos por arma de fogo de grande calibre - causam uma rápida e volumosa perda de sangue, levando a óbito; lesões de até 2,5 centímetros - podem levar a tamponamento cardíaco, aumentando as chances de sobrevivência até o atendimento hospitalar - e associação com ferimentos graves no tórax ou outros locais que contribuem para o óbito. As causas imediatas de morte podem ser sangramento, tamponamento cardíaco ou arritmia, e as causas tardias, septicemia, embolia cerebral maciça com infarto de um trombo mural do ventrículo esquerdo, insuficiência cardíaca, lesão valvar ou do septo interventricular e pericardite constritiva.

Palavras-chave: Trauma cardíaco ; Ferimento no precórdio; Trauma torácico

ID: 112665

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Amanda Mesquita Grangeiro / Grangeiro, A. M. / FAMERP; João Lucas Rosa / Rosa, J. L. / HRPP;

Título: FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA COM MEDIASTINITE SECUNDÁRIAS À INGESTÃO DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA EM LACTENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Introdução A ingestão de substâncias cáusticas é importante causa de atendimentos em emergências, sendo as crianças menores de 5 anos o grupo etário de maior risco. A fístula traqueoesofágica é uma complicação incomum, mas com elevada gravidade, estando associada a mortalidade de até 40% quando em conjunto a um quadro de mediastinite. Relato de caso Paciente do sexo masculino, 9 meses de idade, admitido no serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Geral Público de Palmas, com história de internação na UTI pediátrica por 12 dias após ingestão de substância cáustica. Ao exame, paciente estável hemodinamicamente, com lesões em lábios e orofaringe associado à secreção purulenta. Endoscopia digestiva alta realizada sem sucesso na progressão do endoscópio pelo esôfago. Após 10 dias de internação, foi realizada tomografia de tórax e abdome com imagens sugestivas de fístula traqueoesofágica próximo à carina. Optado por abordagem cirúrgica de urgência, com abordagem inicial por toracotomia exploradora póstero-lateral à esquerda. Identificado no intra-operatório, lesão esofágica com destruição extensa e completa de paredes em porção torácica e fístula traqueoesofágica em brônquio esquerdo. Realizada rafia da lesão brônquica e fechamento de esôfago terminal. Na sequência, submetido a toracotomia póstero-lateral direita, com presença de lesão completa de brônquio fonte ipsilateral. Utilizada banda de pericárdio bovino para fechamento da lesão e confecção de patch para reforço do enxerto com o timo. Mantido toracostomia com drenagem pleural bilateralmente. Em tempo cirúrgico final, feita cervicotomia exploradora à direita, com presença de destruição da parede anterior do esôfago, sendo optado por confecção de esofagostomia. O paciente retornou à UTI em ventilação mecânica, com realização de traqueostomia em um segundo tempo. Apresentou boa evolução nos primeiros dias de pós-operatórios, sendo realizado extubação no 6º DPO, mantendo-se afebril, eupneico e normocárdico. Após o 7º DPO, evoluiu com piora do quadro geral, com manifestações sugestivas de sepse, vindo a óbito no 12º DPO sem outras intervenções cirúrgicas. Discussão A fístula traqueoesofágica associada a mediastinite após ingestão de substância cáustica são complicações que, apesar de serem clássicas na literatura, são pouco usuais e apresentam grande relevância por sua alta mortalidade. Nos momentos iniciais da internação, o paciente não apresentava alteração dos exames laboratoriais sugestivos de necrose transmural, fato que justifica a não intervenção cirúrgica precoce. Porém, houve atraso na realização de exames de imagem padrão ouro para identificação de perfuração esofágica e necrose traqueobrônquica, tendo como consequência o postergamento do diagnóstico e instauração da terapêutica adequada. Apesar das medidas clínicas e cirúrgicas, o paciente evoluiu mal, com sinais compatíveis de sepse de foco mediastinal, tendo como desfecho clínico o óbito.

Palavras-chave: fistula traqueoesofágica; lesão cáustica; mediastinite

ID: 113866

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Olivia Augusto Pereira Lima, / Pereira Lima, O. A. / Hospital PUC-Campinas; Douglas Alexandre Rizzanti Pereira / Rizzanti Pereira, D. A. / Hospital PUC-Campinas; José Luis Braga de Aquino / Braga de Aquino, J. L. / Hospital PUC-Campinas; Marcelo Manzano Said / Manzano Said, M. / Hospital PUC-Campinas; Gustavo Pelegrini Magaldi / Pelegrini Magaldi, G. / Hospital PUC-Campinas; João Vitor Lugui Carvalho / Lugui Carvalho, J. V. / Hospital PUC-Campinas; Juliana Sayuri Bando / Sayuri Bando, J. / Hospital PUC-Campinas; Ana Carolina Cabral Junqueira Emboaba / Cabral Junqueira Emboaba, A. C. / Hospital PUC-Campinas;

Título: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA SIMULANDO QUADRO DE PNEUMOTÓRAX: RELATO DE CASO

Introdução: Hérnia diafragmática (HD) congênita apresenta incidência de 1:3000 a 1:5000 entre neonatos, com diagnóstico principalmente nas primeiras 24 horas (90%). As apresentações em adultos são raras, representando cerca de 5% das HD. O pneumotórax é uma condição frequente na prática, com condutas dependentes principalmente da clínica do paciente e magnitude do pneumotórax. A abordagem do pneumotórax hipertensivo (PH) é bem estabelecida. Protocolos determinam que, na suspeita clínica de PH, a descompressão imediata por punção deve ser realizada seguida da drenagem torácica, sendo contraindicado a realização de exame de imagem prévia por ser uma patologia com alto risco de vida. Esse relato tem como objetivo discutir uma patologia rara, de difícil diagnóstico, mimetizando uma condição clínica comum na prática médica. Relato: T.A.M.F., 59 anos, feminino, com antecedente de pneumotórax espontâneo, sem antecedente de trauma, procurou Pronto Socorro queixando-se de dispnéia progressiva há 3 semanas, com piora significativa nas últimas 48 horas associada a dor torácica. Apresentava pressão arterial de 80 por 50 mmHg, saturação de 89%, frequência cardíaca de 120 bpm e murmúrio vesicular abolido em hemitórax direito. Trazia imagens impressas de tomografia computadorizada (TC) do tórax externa, sem laudo. Com a suspeita de PH, realizou-se punção torácica de alívio seguida de drenagem torácica. Durante a evolução da paciente, realizou-se nova TC do tórax, evidenciando volumosa hérnia diafragmática posterior com insinuação de segmento do cólon e segmento VII hepático e sinais sugestivos de sofrimento vascular e perfuração. Paciente foi submetida a laparotomia associada a toracotomia com redução do conteúdo herniado e correção do defeito, sendo necessário realizar colectomia parcial por isquemia e perfuração da alça. Discussão: As HD do período adulto são, em sua maioria, relacionados a trauma abdominal fechado ou penetrante, sendo raros os casos de HD congênitas. Levando em consideração os tipos de HD congênitas, a póstero-lateral ou Bochdalek direita é menos frequente, com incidência de 4%. Quando diagnosticadas em adultos, são achados de exames de imagem. Costumam ser assintomáticas ou apresentam-se com sintomas inespecíficos, principalmente gastrointestinais. O relato descreve o caso de uma mulher adulta com quadro respiratório grave e instabilidade hemodinâmica. A simulação do PH, com antecedente de pneumotórax espontâneo, foram determinantes para a punção imediata, considerando as condutas preconizadas. Após estabilização clínica, a realização de novos exames permitiram o diagnóstico de HD e sua correção.

Palavras-chave: Pneumotórax; Hérnia diafragmática; Pneumotórax hipertensivo

ID: 113797

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: João Marcos Féres Maeda / Maeda, J. M. F. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Márcio Botter / Botter, M. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Paulo Fabrício Stanke / Stanke, P. F. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Roberto Saad Junior / Saad Jr., R. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Vicente Dorgan Neto / Dorgan Neto, V. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Karen Guerra de Souza / de Souza, K. G. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Luiz Guilherme Santos Maksoud / Maksoud, L. G. S. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Rodrigo Toshio Saka / Saka, R. T. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;

Título: MANIFESTAÇÃO PULMONAR DA SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER COM INDICAÇÃO DE RESSECÇÃO CIRÚRGICA - RELATO DE CASO

Introdução: A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) ou síndrome de Rendu-Osler-Weber é uma doença vascular autossômica dominante que causa malformação dos vasos sanguíneos. Variantes patogênicas dos genes da THH resultam em haploinsuficiência que leva à perturbação da remodelação vascular e ruptura da integridade da parede dos vasos. Consequentemente, ocorre hemorragias, formação de shunts arteriovenosos, fístulas e telangiectasia. Suas características clínicas são telangiectasia nasal, mucocutânea, gastrointestinal, malformações arteriovenosas (MAVs) pulmonares, hepática e cerebrais. O objetivo deste caso é relatar o tratamento cirúrgico como alternativa ao método endovascular em rara síndrome de malformação vascular pulmonar. Relato de caso: Paciente, masculino, 12 anos, queixa de cianose distal e perioral, associada à falta de ar principalmente relacionada à atividade física. Relatava, ainda, episódio de epistaxe recente. Em sua história familiar, sua irmã havia sido diagnosticada com THH com comprometimento pulmonar. Aos 5 anos, recebeu o mesmo diagnóstico, confirmado por angiotomografia que evidenciou MAV acometendo grande parte do segmento apicoposterior do lobo superior esquerdo, caracterizada por múltiplos vasos tortuosos e dilatados. Notaram-se, ainda, outras conexões vasculares anômalas periféricas caracterizadas por diminutos vasos tortuosos sugestivas de outras malformações arteriovenosas. Após a avaliação da equipe de cirurgia vascular foi contraindicado angioembolização vascular pela extensão da malformação. A equipe de cirurgia torácica, após estudo do caso e discussão interdisciplinar, optou pela lobectomia superior esquerda. A cirurgia foi realizada em via aberta, sem intercorrências, permanecendo com dreno de pigtail. No pós operatório imediato, paciente evoluiu sem necessidade de oxigenioterapia e com saturação mantendo-se acima de 95%. Permaneceu um dia em UTI, sendo liberado para enfermaria com débito de dreno de tórax inferior a 100 ml diariamente. Recebeu alta em 7 dias após a cirurgia. Discussão: As MAVs pulmonares apresentam incidência maior ou igual 50% nos casos de THH. Essas malformações tem um padrão de apresentação silencioso e pode cursar com cianose, baqueteamento digital, sopro, dispneia, embolia paradoxal e abscesso cerebral. A avaliação pode ser feita por radiografia de tórax, gasometria, tomografia computadorizada, angiografia, ecocardiografia de tórax. As opções de tratamento são embolização terapêutica, profilaxia antibiótica (para procedimentos odontológicos e cirúrgicos) e ressecção cirúrgica.

Palavras-chave: Síndrome Rendu-Osler-Weber; Telangiectasia hemorrágica hereditária

ID: 112766

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gilmar Felisberto Junior / Felisberto G, Jr / HCFAMEMA; Beatriz Zangrossi Rodrigues / Rodrigues, B. Z. / HCFAMEMA; Patricia Biaggio Soares / Soares, P. B / HCFAMEMA; Giovanna Gobbo Romera / Romera, G. G. / HCFAMEMA; Júlia Andrade Pires de Melo / Melo, J. A. P. / HCFAMEMA; Caio de Toledo Cruz / Cruz, C. T. / HCFAMEMA; Aline Mayumi Anzai / Anzai, A. M. / HCFAMEMA; Caio Coneglian de Menezes / Menezes, C. C. / HCFAMEMA;

Título: MEDIASTINITE DESCENTE NECROTIZANTE: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO A angina de Ludwig foi descrita em 1836, por Wilhelm Friedrich Von Ludwig. É uma celulite de disseminação rápida, geralmente originada de infecção odontogênica. Os sintomas podem ser gerais como dor, astenia, trismo e disfagia. Dispneia, taquipneia e estridor marcam doença avançada. É mais comum na faixa etária de 20-60 anos com predominância no sexo masculino. RELATO DO CASO Paciente masculino, 35 anos, morador de área livre, deu entrada com quadro de dispneia, tosse, dor torácica anterior a direita e edema em região mandibular a esquerda de início há 7 dias. Apresentava-se com sinais de sepse, dispneico em uso de musculatura acessória, estridor laríngeo e roncos difusos em hemitórax direito. Também foi visto más condições dentárias, trismo e desvio mandibular, com sinais inflamatórios e limitação cervical. Tomografia de pescoço mostrou imagens gasosas invadindo espaço pré-vertebral, retrofaringeo, perimandibular bem como espaço carotídeo a esquerda. Foi necessário acesso cirúrgico para via aérea e, no mesmo tempo, realizada drenagem cervical bilateral com grande quantidade de secreção purulenta e de odor fétido. Após estabilização foi feita tomografia do tórax que mostrou focos gasosos periclavicular bilateral com extensão para todo mediastino, além de derrame pleural bilateral e coleção peri-hilar esquerda sem plano de clivagem com mediastino posterior. Foi indicada cirurgia para drenagem ampla do mediastino. Optou-se pela incisão Clamshell. Havia grande quantidade de secreção purulenta fétida no mediastino e cavidade pleural esquerda. Foram posicionados dois drenos no mediastino e um em cada cavidade pleural. Cultura da secreção positiva para Streptococcus sp alfa hemolítico. Paciente segue sob cuidados intensivos, com disfunção orgânica e manutenção de débito purulento pelos drenos torácicos. DISCUSSÃO A angina de Ludwig é potencialmente fatal se não tratada precocemente. Infecção odontogênica está presente em mais de 70% dos casos e há também associação com infecção de amígdalas palatinas, sialoadenites, epiglotite, cisto tireoglosso infectado e extração dentaria recente. Geralmente a infecção é polimicrobiana sendo estreptococos e staphylococcus os agentes mais comuns. Obstrução de via aérea, mediastinite, abscesso subfrênico, efusão pericárdica e pleural e empiema são complicações ordinárias. A tomografia é útil para determinar a extensão do comprometimento. De modo geral há aumento de volume do espaço submandibular. Dispneia, taquipneia e estridor alertam sobre obstrução por edema supraglotico. A escolha do manejo da via aérea diverge opiniões e merece discussão ampla. Neste caso havia severa tumoração cervical e trismo, inviabilizando intubação orotraqueal. O tratamento visa a estabilização, antibioticoterapia empírica e identificação precoce das complicações. A drenagem cirúrgica é quase sempre indicada e estudos mostram superioridade nos resultados da cirurgia em relação a antibioticoterapia exclusiva.

Palavras-chave: Mediastinite; Abscesso periodontal; Cirurgia Torácica

ID: 112613

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gilmar Felisberto Junior / Felisberto G, Jr / HCFAMEMA; Beatriz Zangrossi Rodrigues / Rodrigues, B. Z. / HCFAMEMA; Patrícia Biaggio Soares / Soares, P. B / HCFAMEMA; Giovanna Gobbo Romera / Romera, G. G. / HCFAMEMA; Julia Andrade Pires de Melo / Melo, J.A.P. / HCFAMEMA; Caio de Toledo Cruz / Cruz, C.T. / HCFAMEMA; Miriã Villar de Oliveira / Oliveira, M.V. / HCFAMEMA; Taisa Bento Marquez / Marquez, T. B. / HCFAMEMA;

Título: PNEUMOTÓRAX BILATERAL APÓS ACUPUNTURA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO Pneumotórax iatrogênico é um evento relacionado a procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A incidência reportada é bastante variável e pode chegar a valores próximos a 6%. A ocorrência relacionada a acupuntura é descrita desde a década de 1970 e diversas ocorrências têm sido apresentados desde então. Aqui, relatamos um caso de pneumotórax bilateral após realização de acupuntura. RELATO DO CASO Paciente do sexo feminino, 44 anos, sem doenças de bases, iniciou quadro de dor torácica e dispneia após realização de acupuntura na musculatura para vertebral. Procurou atendimento médico e, na ocasião, não apresentava alterações ao exame físico e radiológico do tórax. Apesar do uso analgésicos, evolui com piora da dor torácica, que passou a ser mais intensa no hemitórax esquerdo, sem melhora mesmo com repouso. Além disso, a dispneia também progrediu, e passou a ser acompanhada de palpitações aos pequenos esforços. A paciente foi reavaliada e o exame físico mostrou redução importante dos murmúrios vesiculares à esquerda. Pelo contexto clínico, foi realizada tomografia computadorizada do tórax que mostrou pneumotórax bilateral, com colapso importante do pulmão esquerdo. Pelo contexto clínico, foi realizada drenagem pleural bilateral com cateter pigtail 14Fr e válvula de Heimlich. A paciente apresentou ótima evolução, com melhora imediata dos sintomas. Os drenos foram retirados após 36 horas e não houve complicações. DISCUSSÃO O pneumotórax iatrogênico está associado a procedimentos invasivos diagnósticos e terapêuticos, tais como biópsias transtorácicas, toracocenteses, acesso venoso central, ventilação com pressão positiva, bloqueio intercostal, dentre outros. A principal causa neste contexto é a biópsia transtorácica, que tem prevalência que varia entre 17 e 42%. Os relatos relacionados a acupuntura não eram frequentes, mas seu número tem aumentado, principalmente após a década de 1980. Existem poucos relatos de pneumotórax bilateral. Assim como o caso apresentado, a maior parte dos eventos requerem drenagem pleural para resolução dos sintomas. Não há relato de tratamento cirúrgico mais invasivo descrito na literatura. Os sintomas frequentemente encontrados são os mesmos presentes nos eventos espontâneos, compostos por tosse seca, dor torácica e dispneia. Já o sinal mais frequente é a taquicardia. A intensidade do quadro clínico dependerá do tamanho do pneumotórax e da reserva cardiopulmonar do paciente. O aumento do número de procedimentos invasivos é acompanhado pelo crescimento de eventos adversos. É fundamental que o profissional que executa a intervenção tenha conhecimento técnico e saiba, pelo menos, identificar a ocorrência de complicações. No caso do pneumotórax iatrogênico existe a possiblidade de morte, por isso o paciente deve ser avaliado e referenciado para serviço capaz de realizar o tratamento definitivo.

Palavras-chave: Pneumotórax; Acupuntura; Doença iatrogênica

ID: 112994

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gilmar Felisberto Junior / Felisberto G, Jr / HCFAMEMA; Beatriz Zangrossi Rodrigues / Rodrigues, B. Z. / HCFAMEMA; Isadora de Oliveira Fernandes dos Santos / Santos, I. O. F. / HCFAMEMA; Lucas Guimarães Alves / Alves, L. G. / HCFAMEMA; Patricia Biaggio Soares / Soares, P. B / HCFAMEMA; Giovanna Gobbo Romera / Romera, G. G. / HCFAMEMA; Júlia Andrade Pires de Melo / Melo, J. A. P. / HCFAMEMA; Caio de Toledo Cruz / Cruz, C. T. / HCFAMEMA;

Título: PROCEDIMENTO DE CLAGETT EM CAVIDADE NÃO TUBERCULOSA: RELATO DE CASO

Introdução O tratamento do empiema pleural consiste em controlar a infecção, remover o material purulento com obliteração e esterilização do espaço pleural e a reexpansão pulmonar. Para tanto, se faz necessária a escolha ou até mesmo a combinação de técnicas eficazes para seu correto tratamento. Nesse sentido, a escolha da técnica de Clagett para casos nos quais há resposta inadequada ou insuficiente às medidas iniciais frente ao empiema pode ser de grande resolutividade, conforme apresentado no presente relato. Relato de caso Paciente feminina, 24 anos, apresentava tosse, dispneia e dor torácica por cerca de 8 dias. Na ocasião, o raio x de tórax mostrava apenas opacidade em ápice pulmonar à direita, sendo realizado tratamento domiciliar com azitromicina, retornando com piora de padrão respiratório associado a raio x com evidência de hidropneumotórax a direita. Realizada drenagem pleural em selo d`água na origem, porém, sem melhora. Em nosso serviço, foi realizada troca de dreno torácico pois o anterior encontrava-se com fenestras fora da cavidade pleural e após realizado acompanhamento radiológico, o qual demonstrou não expansão pulmonar e evolução para pneumonia panlobar. Optado pela realização de decorticação por videotoracoscopia, na qual foi evidenciado presença de grande quantidade de fibrina organizada e encarceramento pulmonar total além de secreção purulenta por toda a cavidade. Devido intenso comprometimento pareuquimatoso não houve reexpansão pulmonar. Visto falha terapêutica e visando evitar a realização de pleurostomia, optou-se pelo procedimento de Clagett, com preenchimento da cavidade pleural com solução de polimixina e gentamicina. Paciente recebeu alta do serviço em dia posterior ao procedimento, mantendo acompanhamento ambulatorial com exame físico e radiológico que constataram melhora de padrão respiratório e cavidade pulmonar residual em regressão. Discussão Os derrames parapneumônicos totalizam cerca de 60 % do total de empiemas torácicos. Para a resolução de tal patologia, é necessário que se identifique em qual estágio de organização esse se apresenta. O empiema evolui para a fase crônica quando o diagnóstico é feito tardiamente ou quando os métodos empregados na fase aguda falharam, nesses estágios, a deposição fibrinosa na superfície pleural pode levar ao encarceramento pulmonar, restringindo assim sua adequada expansão. O empiema pleural possui chances de complicações, sendo necessário reconhecer a importância que a união de técnicas tem para a resolução dessas quando se encontram em fases avançadas. A técnica de Clagett destaca-se como alternativa eficaz no tratamento de empiemas em terceiro estágio de organização não responsivos às técnicas tradicionais. Além de que quando apresenta bons resultados se torna uma alternativa à pleurostomia, que até então tem sido o tratamento de escolha para pacientes com empiema pleural crônico, porém é uma técnica extremamente estigmatizante, principalmente para pacientes jovens.

Palavras-chave: Empiema pleural; Cirurgia torácica

ID: 113861

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Edson Franzim Junior / FRANZIM JUNIOR, E. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Andressa Beber Castilho / CASTILHO, A. B / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Luiz Guilherme Santos Maksoud / MAKSOUD, L. G. S / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Karen Guerra de Souza / SOUZA, K. G / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Marcio Botter / BOTTER, M. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Vicente Dorgan Neto / DORGAN NETO, V / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Roberto Saad Junior / SAAD JUNIOR, R / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;

Título: RELATO DE CASO: HIDROPNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO ASSOCIADO A LESÃO CAVITADA PULMONAR

INTRODUÇÃO: O hidropneumotórax é caracterizado pela presença de ar e líquido no espaço pleural. Pode ocorrer após punção torácica, trauma torácico ou espontaneamente, com relatos de casos pós-COVID 19 ou tuberculose, por exemplo. Descrevemos um caso de hidropneumotórax espontâneo, associado a lesão cavitada pulmonar, de etiologia a esclarecer. RELATO DE CASO: Paciente do sexo feminino, 66 anos, com história de dispneia há 2 meses associada a tosse produtiva e dor torácica ventilatório-dependente à direita. Solicitada Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax evidenciando volumoso hidropneumotórax à direita, com compressão sobre o parênquima pulmonar e atelectasia passiva parcial, principalmente do lobo inferior direito (LID). Paciente sem histórico de punção prévia e sem antecedentes respiratórios. Tabagista (54 anos-maço), diabética, portadora de artrite reumatóide. Dá entrada em bom estado geral, taquipneica, sem sinais de desconforto respiratório e murmúrios vesiculares diminuídos à direita. Submetida a drenagem torácica com saída de 500 ml de liquido sero-purulento com a seguinte análise: Citológico: 75% de neutrófilos, 25% de linfócitos; glicose - 20 mg/dL, proteínas - 5,3 g/dL, ADA - 7,4 U/L, DHL - 2683 U/L, triglicérides de 54 mg/dL, baciloscopia negativa, culturas negativas, negativo para células neoplásicas. Realizada TC de Tórax após drenagem, evidenciando redução volumétrica de hemitórax direito, sinais de espessamento pleural ipsilateral e lesão cavitada no lobo inferior direito, medindo cerca de 5 cm de diâmetro, com conteúdo ovalado de elevada densidade radiológica, de etiologia indeterminada. Paciente submetida a toracotomia direita com seguinte achado intra operatório: derrame pleural sero-purulento e fibrina em grande quantidade, ausência de implantes pleurais, espessamento pleural visceral e parietal e nodulação mal delimitada em lobo inferior direito, de consistência fibroelástica. Optado pela realização de lobectomia inferior direita e biopsia de pleura. Aguarda resultado de anatomopatológico. DISCUSSÃO: Cavitações pulmonares estão descritas tanto em casos oncológicos quanto em casos infecciosos (tuberculose, aspergiloma, complicação de pneumonias, pós infecção por COVID 19), podendo estar associada a hidropneumotórax, também relatado nestas situações. A diferenciação etiológica interfere no tratamento a ser realizado, assim como no prognóstico do paciente. A análise do líquido pleural, assim como análise de exames de imagem, microbiológicos e bioquímicos podem auxiliar no diagnóstico. No caso apesentado, a presença de hidropneumotórax sem histórico de punção prévia ou antecedente de tuberculose, com sinais de infecção pleural, além da presença de lesão cavitada no LID, levou à ressecção cirúrgica da lesão para elucidação diagnóstica e tratamento definitivo.

Palavras-chave: Lesão pulmonar; Hidropneumotórax; Pleurisia

ID: 113868

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Daniel Brandão Raskin / Raskin, D. B. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Cristal Geovana Baruff de Brito e Cunha / e Cunha, C. G. B. B. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Vicente Dorgan Neto / Dorgan Neto, V. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Márcio Botter / Botter, M. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Rodrigo Toshio Sakae / Sakae, R. T. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Roberto Saad Junior / Saad Junior, R. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Karen Guerra de Souza / de Souza, K. G. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Luiz Guilherme Santos Maksoud / Maksoud, L. G. S. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;

Título: RESSECÇÃO DE SCHWANNOMA EM MEDIASTINO POSTERIOR POR CERVICOTOMIA ESQUERDA: UM RELATO DE CASO

Introdução: Schwannomas são tumores benignos oriundos da célula de Schwann, costumam acometer o VIII par craniano. Quando em outros sítios, há sintomas associados à compressão de estruturas vizinhas. Diagnóstico feito quando há sintomas compressivos intratorácicos ou quando identificado acidentalmente durante exames de imagem. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica através de cervicotomia ou videocirurgia. Relato de caso: Paciente de 45 anos, sexo masculino, encaminhado ao serviço de cirurgia torácica devido a achado de imagem em exame de rotina com presença de lesão torácica paravertebral em mediastino posterior e lesão expansiva em canal medular. Apresentava sintomas compressivos (parestesia de membros superiores, dor torácica e desconforto respiratório). Não referiu o inicio dos sintomas, apenas progressão rápida. A historia médica pregressa evidenciava quadro de deficiência auditiva, neurofibromatose tipo II e HAS. Paciente ex tabagista, cessado o vicio há 3 meses. Relatou ainda pós operatórios de neurinoma do VII/VIII par a direita (2012), Radiocirurgia neurinoma a esquerda (2012) e foraminotomia por Schawanoma cervical (2007 e 2009). O exame de imagem (tc de tórax e coluna) evidenciava presença de formação expansiva intramedular na região de C7, invadindo região torácica a esquerda. Antes avaliado pela neurocirurgia, foi feito exerese da lesão em canal medular + artrodese posterior de C5,C6,T1 e T2. No segundo tempo cirúrgico, a equipe de cirurgia torácica realizou ressecção de tumor em mediastino posterior por cervicotomia a esquerda. No intra-operatório, a congelação evidenciou neoplasia de células fusiformes, hipercelular. A massa foi retirada totalmente, com margens satisfatórias. O anatomopatológico evidenciou neoplasia de células fusiformes, hipercelular; tumor encapsulado, com atipias celulares e discreta hipercromasia; necrose tumoral presente, de padrão isquêmico; presença de áreas de degeneração cística e vasos hialinizados, sugestivos de Schwannoma WHO grau 1. Na evolução, houve complicações quanto ao desmame de ventilação, sendo feita traqueostomia e internação prolongada em UTI. Recebeu alta hospitalar deambulando, com cânula metálica ocluída, conversando e sem queixas. Discussão: Schwannomas caracterizam-se por massas encapsuladas, de consistência firme, cor acinzentada, de limites precisos e em contato íntimo com o nervo de origem, usualmente únicos. Apresenta dois padrões de crescimento e possivelmente alterações degenerativas como pleomorfismo celular e hialinização vascular. Quando no tórax, estão no mediastino posterior (sulco posterior paravertebral e no plexo braquial em sua maioria), tendo abordagem cirúrgica por toracotomia, cervicotomia ou videotoracoscopia, escolhidas por experiência da equipe, localização do tumor e estado do paciente. Mais comuns em pessoas acima de 40 anos, sem predileção por sexo. No caso, optou-se pela abordagem por cervicotomia esquerda devido a localização e tamanho do tumor.

Palavras-chave: Neoplasias do mediastino/cirurgia; Neurilemoma

ID: 113362

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lara Godela Delatore / Delatore, L. G. / FAMERP; Rayssa Barbiere Pascoal / Pascoal, R. B. / FAMERP; Ingrid Berta Vidotto / Vidotto, I. B. / FAMERP; Henrique Nietmann / Nietmann, H. / FAMERP; Isaac de Faria Soares Rodrigues / Rodrigues, I. F. S. / FAMERP;

Título: SARCOMA DE PAREDE TORÁCICA SE APRESENTANDO COMO FIBROXANTOMA: UM CASO INCOMUM

Introdução: Os sarcomas são tumores malignos do tecido conjuntivo esquelético e extra esquelético que podem surgir do tecido mesenquimal em qualquer local do corpo. Sarcomas de tecidos moles são raros e representam menos de 1% dos tumores recém diagnosticados. Entretanto, são as lesões malignas primárias mais comuns da parede torácica. Caso: JJN, masculino, 68 anos, hipertenso e diabético com bom controle de doença procura atendimento por contusão em região escapular esquerda há 2 anos com evolução para hematoma retido, abordado duas vezes sem resolução. Neste período evoluiu com lesão ulcerada de ~ 6cm. Em investigação, tomografia de tórax evidenciou nódulos pulmonares sólidos e espiculados em lobo superior direito de 1,7x1,6cm e em lobo superior esquerdo de 0,9x0,9cm além de massa de densidade de partes moles em subcutâneo de região dorsal esquerda (escapular) de 5,9x5,6cm acometendo músculo dorsal ipsilateral. Procedida análise com biópsia incisional de lesão de pele cujo anatomopatológico e imunohistoquímica mostraram fibroxantoma. Indicado abordagem cirúrgica por toracectomia de lesão em dorso. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica evidenciou sarcoma pleomórfico. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, em esquema quimioterápico. Discussão: Esses tumores podem se espalhar ao longo dos planos fasciais e entre as fibras musculares, resultando em altas taxas de recorrência após a ressecção com taxas de sobrevida em cinco anos entre 60 e 75%. A excisão local ampla é a única opção de tratamento em muitos pacientes. Em revisão de literatura o tratamento recomendado para a maioria dos pacientes com sarcoma em parede torácica que são clinicamente e tecnicamente operáveis é a combinação de cirurgia e radioterapia. A probabilidade de controle do tumor é maior, e o resultado cosmético e funcional é superior após a terapia de modalidade combinada do que com cirurgia excisional ou apenas radiação. A excisão cirúrgica isolada é normalmente reservada para pacientes com sarcomas menores que 5 cm, de baixo grau e principalmente superficiais à fáscia muscular. Em relação ao caso apresentado, a literatura mostra que a associação entre fibroxantoma e sarcoma pleomórfico não é clara. Ambos compartilham muitas características histológicas, porém, enquanto alguns autores consideram o fibroxantoma uma variante superficial e menos agressiva do sarcoma pleomórfico, muitos outros veem o fibroxantoma como uma malignidade distinta.

Palavras-chave: Fibroxantoma; Sarcoma

ID: 113431

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Débora Jane Almeida Vianna Lins / LINS, D. J. A. V. / CESMAC; Matheus de Andrade Amaral / AMARAL, M. A. / CESMAC; Tayná Carlos Rolim / ROLIM, T. C. / CESMAC; Larissa Cavalcanti Barros / BARROS, L. C. / Hospital Geral do Estado; Alexandre Durval Peixoto Rosa / ROSA, A. D. P. / Hospital Geral do Estado;

Título: SÍNDROME DE HAMMAN - PNEUMOMEDIASTINO ESPONTÂNEO ASSOCIADO À EXTENSO ENFISEMA SUBCUTÂNEO: UM RELATO DE CASO

Introdução: O pneumomediastino espontâneo ou síndrome de Hamman é definido pela presença de ar livre no mediastino, não sendo resultado de trauma, cirurgias ou outros procedimentos. Constitui-se em uma entidade infrequente na prática médica, tendo uma prevalência estimada entre 0,001% e 0,01%. Em vista do seu curso quase sempre benigno, estima-se que uma série de diagnósticos seja perdida, porquanto muitos pacientes não procuram auxílio médico. Além disso, a detecção de uma causa não espontânea para o pneumomediastino, como cirurgias ou traumas, também diminui a sua prevalência. Entre os fatores descritos como desencadeantes da doença, encontram-se exercícios físicos, tosse e vômitos. A maioria dos pacientes com síndrome de Hamman mostra-se sintomática em algum momento, sendo os sintomas mais frequentes a dispneia, a dor torácica e a tosse. Relato de caso: Paciente, sexo masculino, 23 anos, natural e procedente de Maceió/Alagoas, deu entrada no Hospital Geral do Estado de Alagoas com queixa de aumento abrupto e progressivo do volume da região cervical e tórax iniciado há 12 horas. Entretanto, negava dor, dispneia ou disfagia no momento da internação. Relatou quadro breve de tosse e durante um episódio, referiu forte dor retroesternal, de caráter dissecante, que aliviou em poucos minutos e, desde então, não apresentara quaisquer outros sintomas além do aumento de volume. O exame físico evidenciou extenso enfisema subcutâneo, desde o apêndice xifoide, incluindo todo o pescoço. A percussão e a ausculta pulmonar não apresentavam alterações. À ausculta cardíaca, notou-se a presença do sinal de Hamman (estertores crepitantes ou bolhosos, associados ao batimento cardíaco) em qualidade crepitante. O restante do exame físico, mostrou-se normal. A TC de pescoço e tórax confirmou a presença de pneumomediastino, pneumotórax e extenso enfisema de tecidos moles na região cervical. A partir do segundo dia de internação, observou-se uma diminuição progressiva do enfisema subcutâneo. O tratamento instituído foi conservador, com repouso, dieta livre e analgesia. Foram realizadas radiografias de tórax para o controle, observando-se uma redução diária dos achados acima descritos. O paciente permaneceu em observação por mais cinco dias, estando assintomático e com regressão quase completa do quadro clínico na alta hospitalar. Discussão: O tratamento da síndrome de Hamman ainda é controverso. A maioria dos estudos é limitada e sugere tratamento conservador, com repouso e analgesia. Embora seja uma doença rara, deve ser levado em conta no diagnóstico diferencial de dor torácica e dispneia. Não existem consensos sobre o manejo desses pacientes. Alguns centros têm recomendado restringir o uso de exames invasivos e de antimicrobianos, assim como evitar a restrição dietética, pois tais fatores aumentam o tempo médio de internação. Além disso, a falta de familiaridade com essa entidade pode levar a estudos diagnósticos desnecessários e a tratamentos indevidos.

Palavras-chave: Enfisema mediastínico; Enfisema subcutâneo; Dispneia

ID: 113057

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gilmar Felisberto Junior / Junior, G.F. / FAMEMA; Caio de Toledo Cruz / Cruz, C.T. / FAMEMA; Beatriz Zangrossi Rodrigues / Rodrigues, B.Z. / FAMEMA; Isadora de Oliveira Fernandes dos Santos / Santos, I.O.F. / FAMEMA; Lucas Guimarães Alves / Alves, L.G. / FAMEMA; Patricia Biaggio Soares / Soares, PB. / FAMEMA; Giovanna Gobbo Romera / Romera, G.G. / FAMEMA; Júlia Andrade Pires de Melo / Melo, J.A.P. / FAMEMA;

Título: TUMOR DE MEDIASTINO COM INVASÃO DE CANAL MEDULAR

Introdução: Os Schwannomas são neoplasias benignas que se originam a partir das células de Schwann, presentes nos axônios de nervos periféricos e especializadas na produção de mielina. É a neoplasia mais comum de nervos periféricos, geralmente diagnosticado no adulto jovem, não tem predileção por sexo e somente 2% dos casos sofrem degeneração maligna. Relato de caso: Paciente masculino, 34 anos, hígido, com discreta dor região dorsal, inespecífica e sem manifestações associadas. Durante investigação foi realizada RNM que mostrou lesão expansiva em região de coluna torácica de 4,3 x 2,7 x 3,2 cm centrada no forame de conjugação à esquerda em T11-T12, que o obliterava e invadia o canal medular, ocupando 50% de sua área e deslocava a medula espinhal. Após o diagnóstico da lesão, evoluiu com episódios de dorsalgia mais intensa, dor subcostal ventilatório-dependente e parestesia de membros inferiores. Optado por abordagem cirúrgica pela equipe de neurocirurgia e cirurgia torácica. Realizada cirurgia de ressecção do tumor com toracotomia poupadoura, posteromedial, na altura do 7º espaço intercostal. Enviado fragmento da lesão para congelação, com laudo verbal inconclusivo. Foi realizada liberação do espaço medular pela equipe de neurocirurgia por via posterior e remoção da lesão fragmentada pelo acesso torácico. O resultado de exame anatomopatológico confirmou a suspeita de Schwannoma. Devido a extensão da área ressecada, foi feito fechamento da cavidade pleural com auxílio de pericárdio bovino. Apresentou boa evolução clínica e recebeu alta em poucos dias. No seguimento ambulatorial apresentou com derrame pleural à esquerda, que não requereu tratamento invasivo. Atualmente segue em seguimento com neurocirurgia, sem queixas. Discussão: Os Schwannomas são tumores de crescimento lento e na maioria das vezes assintomáticos, tardando a causar sintomas, de forma que, quando estes surgem, geralmente já se encontra massa grande com sintomas compressivos, como dor torácica, tosse, dispneia e parestesia. No paciente em questão a hipótese surgiu a partir de um achado radiológico, porém evoluiu com sintomas compressivos. A evolução com invasão do forame intervertebral e comprometimento do canal medular é rara, ocorrendo em 10% dos casos, sendo necessária em seu tratamento uma abordagem conjunta da cirurgia torácica e neurocirurgia. O exame padrão-ouro é a RNM e o tratamento é a ressecção cirúrgica, podendo ser feito por toracotomia ou videotoracoscopia, tendo mínima chance de recidiva.

Palavras-chave: Schwannoma; Mediastino; Canal Medular

ID: 112770

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gilmar Felisberto Felisberto Junior / Felisberto G, Jr / HCFAMEMA; Beatriz Zangrossi Rodrigues / Rodrigues, B. Z. / HCFAMEMA; Vitor Brambilla Mazine / Mazine, V. B. / HCFAMEMA; Patricia Biaggio Soares / Soares, P. B. / HCFAMEMA; Giovanna Gobbo Romera / Romera, G. G. / HCFAMEMA; Júlia Andrade Pires de Melo / Melo, J. A. P. / HCFAMEMA; Caio de Toledo Cruz / Cruz, C. T. / HCFAMEMA;

Título: TUMOR NEUROENDÓCRINO DO TIMO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO Os tumores neuroendócrinos primários (tumores carcinoides) representam 4% dos tumores do mediastino anterior. Os tumores do timo são raros, mas são os tumores do mediastino anterior mais frequentes nos adultos. A maioria dos doentes está entre os 40-60 anos de idade, e a incidência é semelhante em ambos os sexos, com ligeira predominância do sexo masculino. RELATO DE CASO Paciente masculino, 56 anos, portador de hipertensão arterial, sem outras comorbidades. História de lesão sólida de 80 x 76 x 65 mm, no mediastino anterior à esquerda em tomografia de tórax realizada em 2021. Negava dispneia, hemoptise, perda ponderal e queixas álgicas. Apresentava-se com murmúrio vesicular bilateral, sem ruídos adventícios. Realizada punção transtorácica guiada por tomografia, com resultado anatomopatológico de neoplasia epitelial de baixo grau sólida e trabecular. Estudo imunohistoquímico confirmou se tratar de tumor carcinoide tímico. Optada pela realização de cirurgia para ressecção do tumor. No intraoperatório foi identificada massa com cerca de 10 cm aderida ao lobo superior esquerdo, sendo necessária secção da parte pulmonar. Foi possível ressecção completa da massa mediastinal, com boa evolução pós-operatória. Paciente permanece em acompanhamento ambulatorial, sem queixas. Exame anatomopatológico da peça cirúrgica resultou em tumor neuroendócrino bem diferenciado, aderido a segmento pulmonar e timo vestigial. DISCUSSÃO Clinicamente, os tumores neuroendócrinos de timo costumam apresentar-se com sintomas decorrentes de compressão ou invasão de estruturas mediastinais, como tosse, dor torácica e síndrome da veia cava superior. No entanto, em um terço dos casos encontramos um paciente assintomático, com achado de imagem torácica. Para diagnóstico e estadiamento, tomografia computadorizada e ressonância magnética de tórax, abdome e broncoscopia, são os melhores procedimentos. As massas mediastinais podem ser biopsiadas através de punção transtorácica orientada por tomografia, o que permite a obtenção de material para o diagnóstico e classificação histológica. Em relação ao tratamento, a cirurgia continua a ser a principal medida terapêutica. O objetivo é a ressecção completa do tumor, incluindo zonas de invasão local e metástases regionais. O doente poderá também beneficiar-se de terapia quimioterápica em situações em que a cirurgia não está indicada, como nos casos de doença metastática generalizada ou invasão de estruturas vitais, o que torna a ressecção inviável. Os tumores neuroendócrinos do timo têm uma baixa incidência, mas são tumores malignos de mau prognóstico. A maioria dos casos descrito são de forma isolada ou com pequeno número de pacientes, o que dificulta a prática dos profissionais envolvidos e normatizações de condutas em cada instituição.

Palavras-chave: timo; mediastino; neoplasia

ID: 113361

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lara Godela Delatore / Delatore, L. G. / FAMERP; Rayssa Barbiere Pascoal / Pascoal, R. B. / FAMERP; Ingrid Berta Vidotto / Vidotto, I. B. / FAMERP; Henrique Nietmann / Nietmann, H. / FAMERP; Isaac de Faria Soares Rodrigues / Rodrigues, I. F. S. / FAMERP;

Título: UM CASO DE NOCARDIOSE PULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CARCINOMA BRONCOGÊNICO

Introdução: A nocardiose é uma infecção bacteriana gram-positiva incomum causada por actinomicetos do gênero Nocardia. Nocardia spp tem a capacidade de causar doença supurativa localizada ou sistêmica em humanos e animais. É considerada infecção oportunista, mas um terço dos pacientes infectados são imunocompetentes, sem fator predisponente. Duas características da nocardiose são sua capacidade de se disseminar para qualquer órgão, e sua tendência a recidivar ou progredir apesar da terapia apropriada. Caso: VC, masculino, 52 anos, diabético, hipertenso, obeso grau IV e asmático controlado é encaminhado ao Hospital de Base de SJRP-SP para investigação de quadro de dispneia há 1 mês com piora súbita associada a tosse produtiva e dor torácica ventilatório-dependente. Negava febre. Em outros serviços foi tratado com antibióticos e broncodilatadores, sem melhora. Realizado tomografia de tórax que mostrou múltiplos nódulos sólidos randômicos esparsos pelo parênquima pulmonar bilateralmente, a maioria com escavação central de até 1,6cm (lobo inferior esquerdo) não sendo possível descartar etiologia neoplásica. Durante a investigação o paciente evoluiu com pneumotórax espontâneo e necessidade de oxigenioterapia suplementar. Excluiu-se paracoccidioidomicose e histiocitose com broncoscopia e lavado broncoalveolar. Sorologias eram negativas bem como galactomanana sérico e anti P. brasiliensis. Procedido então a videotoracoscopia para realização de biópsia de pleura e parênquima pulmonar. O anatomopatológico evidenciou Nocardiose pulmonar e a pesquisa de citomegalovírus por imunohistoquímica veio negativa. Paciente permaneceu em ventilação mecânica por 5 dias após cirurgia. Segue em tratamento para nocardiose com sulfametoxazol + trimetoprima, imipenem e amicacina por tempo prolongado bem como das complicações infecciosas e renais da internação prolongada. Discussão: Os pacientes que se apresentam com sintomas de pneumonia aguda têm diagnóstico mais tardio, visto não se cogitar em nocardiose. A doença pulmonar pode se apresentar como infecção subclínica ou doença grave, sendo diagnósticos diferenciais o abscesso pulmonar, tuberculose, neoplasia e infecção fúngica. O tratamento de escolha para nocardiose pulmonar leve a moderada sem envolvimento de outros órgãos, é feito com sulfametoxazol+trimetoprim oral. A dose depende do estado imunológico e da função renal do hospedeiro. A melhora varia de 4 a 36 dias. A maioria dos pacientes deve ser tratada por um mínimo de 6 meses a 1 ano, e até um ano e meio para prevenir a recorrência. A nocardiose grave inclui doença pulmonar com envolvimento extenso ou com disseminação direta do pulmão para a pleura, parede torácica ou órgão contíguo. Também inclui os casos de doença do sistema nervoso central. Recomenda-se a cobertura empírica com 2 ou 3 agentes em pacientes com infecção grave. Entretanto, há diferenças na suscetibilidade aos antibióticos entre os tipos de Nocardia, sendo o antibiograma de suma importância.

Palavras-chave: Nocardiose; Abscesso pulmonar; Câncer de pulmão

ID: 113396

Área: TRANSPLANTES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: João Pedro Araújo Bruno / Bruno, J. P. A. / Hospital Beneficente Unimar; Mateus de Almeida Moreira da Silva / Silva, M. A. M. / Hospital Beneficente Unimar; Tcbc Roberto Tussi Jr / Tussi, Jr. R. / Hospital Beneficente Unimar; Yordanis Cruz Matos / Matos, Y. C. / Hospital Beneficente Unimar; Henrique Brambilla de Lucca Ocampos / Ocampos, H. B. L. / Hospital das Clínicas, USP; Leonardo Evangelista Bagateli / Bagateli, L. E. / Hospital Beneficente Unimar; Bárbara Marchi Andrade / Andrade, B. M. / Hospital Beneficente Unimar; William Andrey Candido de Lima / Lima, W. A. C. / Hospital Beneficente Unimar;

Título: SÍNDROME DE BUDD-CHIARI EVOLUÇÃO E ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS: RELATO DE CASO

A síndrome de Budd-Chiari (SBC) é uma rara condição patológica definida como qualquer processo que gera obstrução do fluxo venoso hepático, levando a hipertensão portal pós-sinusoidal; podendo ser classificada em primária quando causada por eventos que aumentam o risco trombótico, ou secundária, devido a compressão extrínseca, invasão neoplásica da veia hepática ou cava inferior. O estudo tem o objetivo de relatar um caso de SBC, evidenciando a importância de diagnósticos sindrômico e etiológico rápidos para que o manejo terapêutico adequado seja realizado, uma vez que o curso da doença pode culminar em hepatite fulminante aguda até o óbito. Assim, o artigo visa contribuir para reduzir as taxas de morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida destes pacientes. L.S.S, 27 anos, feminina, nega etilismo e tabagismo, sem comorbidades, deu entrada no Hospital Beneficente Unimar com quadro de intensa dor abdominal, intermitente e progressiva, em região hipogástrica, associada a distensão abdominal com início há 20 dias; negava febre e parada de eliminação de flatos e fezes. Os exames revelaram sinais de hepatomegalia, ascite, hipoalbuminemia, elevação de enzimas hepáticas e canaliculares associadas a TAP de 44% e INR de 1,55. Efetuada paracentese de alívio e diagnóstica, com saída de 3L de transudato, realizada RNM com contraste e USG com Doppler do sistema portal apresentando sugestivo nódulo hepático de regeneração em segmento VII sem wash out em fase portal, veias supra-hepáticas com pontos de obstrução e sinais de hipertensão portal leves compatíveis com quadro subagudo de SBC. Child-Pugh C e um MELD de 11 pontos, iniciou o uso de diuréticos (espironolactona e furosemida) e enoxaparina. O caso foi encaminhado ao serviço de referência com urgência para seguimento em conjunto. As etiologias por doenças mieloprofiliferativas, autoimunes, neoplásicas, distúrbios trombóticos foram descartadas restando as possibilidades como: causa idiopática, uso de anticoncepcional injetável mensal e a vacina Astrazeneca para COVID-19 que foi aplicada 30 dias antes do início do quadro. Após 9 meses de evolução com MELD de 27 pontos e ascite refratária, aguarda na lista de transplante hepático. A gravidade da SBC, a importância de diagnóstico etiológico célere e preciso objetiva melhorar o prognóstico e a sobrevida em casos que evoluem para cirrose, hipertensão portal e insuficiência hepática fulminante. Neste relato o diagnóstico de SBC foi rápido, contudo, apesar dos medicamentos otimizados houve uma progressão para falência hepática e ascite refratária, sendo a paciente inserida na fila do transplante. A discussão sobre alternativas terapêuticas como o TIPS que tem por objetivo reduzir a hipertensão portal e controlar a ascite de forma minimamente invasiva, de modo que não prejudique a terapia com transplante, revela os últimos trabalhos. A exclusão de etiologias da SBC como neoplasias avançadas é essencial para viabilizar o transplante com melhor sobrevida.

Palavras-chave: Síndrome de Budd-Chiari; Hipertensão portal pós-sinusoidal; Transplante hepático

ID: 113599

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ricardo Budtinger Filho / FILHO, R. B. / UFMT; Ivana Paola de Jorgi / JORGI, I. P / HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABÁ; Bernardo Campos de Figueiredo / FIGUEIREDO, B. C. / UFMT; Antônio Massayuki Wakasugui Sobrinho / WAKASUGUI SOBRINHO, A. M. / UFMT; Karina Aragão Ferraz / FERRAZ KA / UFMT; Eduarda Ambrosi / AMBROSI E / UFMT; Bruna Luiza Ribeiro Souto / SOUTO, B. L. R. / UFMT; Thainara Missassi Heller / Heller, T. M. / UFMT;

Título: ABORDAGEM ENDOVASCULAR DE PSEUDOANEURISMA DE AORTA TORÁCICA EM PACIENTE COM PNEUMOTÓRAX TRAUMÁTICO: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Pseudoaneurisma é uma afecção arterial rara, caracterizada pela ruptura da artéria entre a camada média e adventícia e encapsulamento de hematoma paravascular. Representa uma importante consequência do trauma torácico após desaceleração brusca do mediastino. Tendo em vista a raridade da incidência e a gravidade das repercussões hemodinâmicas envolvidas nesta afecção, evoluindo muitas vezes para o óbito, o presente trabalho descreve um caso de pseudoaneurisma da aorta torácica associado a pneumotórax traumático com abordagem terapêutica minimamente invasiva e sucesso cirúrgico. RELATO DE CASO: J.S.Q, masculino, 25 anos, admitido na emergência vítima de colisão automobilística. Na avaliação inicial ao politraumatizado segundo o ATLS identificou-se dor em hemitórax esquerdo e crepitações em arcos costais ipsilaterais, redução do murmúrio vesicular à esquerda com timpanismo a percussão, saturação de 80% em oximetria de pulso, taquicardia, palidez cutânea, e dor a palpação de hemiabdome esquerdo. Realizada toracostomia com drenagem pleural fechada devido a pneumotórax traumático, com estabilização do aciente e encaminhado para tomografia computadorizada (TC) de tórax, que evidenciou ruptura na porção superior da aorta. Para melhor avaliação, foi realizada Angiotomografia de aorta torácica, que ratificou o resultado da TC, acrescentando visualização de formações no mediastino correspondentes a coágulos com rotura tamponada. Assim, fora indicado e realizado emergencialmente correção endovascular de aneurisma/dissecção da aorta torácica com endoprótese revestida tubular reta. O diagnóstico intraoperatório foi pseudoaneurisma de aorta torácica e a cirurgia ocorreu sem intercorrências. DISCUSSÃO: Para a cirurgia realizada utilizou-se a técnica endovascular minimamente invasiva, avançando a endoprótese retrogradamente pela artéria femoral comum até aorta torácica. O sucesso cirúrgico está na redução significativa da perda sanguínea se comparada com o tratamento convencional, que exige a toracotomia e pinçamento da aorta. Isso se torna mais importante se considerarmos um paciente politraumatizado, que apresentava clínica de pneumotórax sendo o diagnóstico realizado por tomografia, devido ausência de sinais clínicos sugestivos de lesões traumáticas de aorta.. É descrito na literatura que a técnica endovascular para pseudoaneurismas, se comparado à técnica convencional, oferece menor morbimortalidade intraoperatória e reduz complicações pós-operatórias, tais como a ocorrência de infarto agudo do miocárdio, sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo e lesões na própria aorta. É válido ressaltar que tal técnica depende da experiência da equipe, desde o diagnóstico até a alta, em especial do cirurgião. Ademais, a avaliação dessa técnica em pacientes graves, como relatado, pode servir como estudo para seu aprimoramento, diminuindo cada vez mais a invasão e manipulação cirúrgica, e consequentemente complicações e tempo de internação.

Palavras-chave: Lesão Traumática de Aorta; Pneumotórax Traumático; Endovascular

ID: 113581

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Julia Cristina Facchi / Facchi, J. C. / UNICAMP; Gabriela Beatriz Sia / SIA, G. B. / UNICAMP; Mayara Galisse Negrão / NEGRÃO, M. G. / UNICAMP; Cesar Vanderlei Carmona / CARMONA, C.V. / UNICAMP; Elcio Shiyoiti Hirano / HIRANO, E.S. / UNICAMP; Gustavo Pereira Fraga / FRAGA, G. P. / UNICAMP; Thiago Rodrigues Araujo Calderan / CALDERAN, T.R.A. / UNICAMP;

Título: AMAUROSE BILATERAL POR TRAUMA TORACOABDOMINAL - UM CASO DE SÍNDROME DE ASFIXIA TRAUMÁTICA

Introdução: Asfixia traumática é uma síndrome rara caracterizada por cianose, hemorragia subconjuntival e petéquias em região de face e tronco após trauma toracoabdominal. A síndrome foi descrita pela primeira vez em 1837 após a morte em massa de cidadãos pisoteados em motim em Paris. Este caso clínico relata a asfixia traumática em uma vítima de esmagamento que evoluiu com cegueira bilateral. Relato de caso: Paciente masculino, 34 anos, prensado em poço de elevador, esmagado em região toracoabdominal e membros inferiores por 45 minutos. Após resgate, foi levado ao Centro de Trauma por transporte aéreo. No atendimento inicial, queixava-se de amaurose bilateral total, apresentava via aérea pérvia, saturação de 99% em uso de 10L de oxigênio/min, extensa pletora facial (Figura 1), hemorragia e quemose conjuntival bilateral, petéquias difusas em face e pescoço e tórax, e otorragia. Sem alterações da semiologia cardíaca ou pulmonar. Pressão arterial 125 x 65 mmHg, frequência cardíaca de 111 bpm. Abdome distendido, flácido e indolor, com FAST negativo. Pelve estável, porém, sínfise púbica aberta, apresentando crepitação a palpação em região de quadril a esquerda, sendo realizado imobilização com lençol. Glasgow 14, com pupilas midriáticas e não fotorreagentes. Devido a edema importante em face e evolução com choque grau III, realizado intubação orotraqueal e transfusão de hemoconcentrados, com estabilização hemodinâmica. Radiografia de pelve mostrou sínfise púbica aberta e sinais de fratura ilíaca. Nas tomografias computadorizadas, crânio e coluna cervical sem alterações, tórax com contusão pulmonar, pneumotórax laminar bilateral e abdome com trauma esplênico grau II, hematoma em retroperitôneo em zona três, fratura de osso ilíaco esquerdo, desalinhamento de púbis, ausência de blush arterial em pelve, fratura de processo transverso de L2, L3, L4. Paciente submetido a fixação externa da pelve, tratamento conservador do pneumotórax e fraturas vertebrais, e tratamento não operatório da lesão esplênica e do hematoma de retroperitônio. Internado em UTI por dez dias, mantido intubado por sete dias. Após extubação, paciente consciente e com déficit visual completo. Tratamento definitivo da bacia com 23 dias do trauma com placa e parafuso. Alta 25 dias após admissão. No seguimento ambulatorial, retornou a deambulação após quatro meses, evoluiu com atrofia do nervo óptico, perda permanente da visão e distúrbio depressivo com sintomas ansiosos. Discussão: Asfixia traumática é uma síndrome rara, também denominada Síndrome de Perthes ou Morestin, ocorre devido ao aumento da pressão na veia cava superior por compressão prolongada na região torácica e/ou abdominal, resultando em estase venosa e ruptura de pequenos vasos. A mortalidade é extremamente baixa e decorrente de hipoventilação. Atenção deve ser dada aos raros efeitos neurológicos, oftálmicos e otológicos, pois as sequelas podem levar a piora significativa na qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Asfixia Traumática; Síndrome de Perthes; Síndrome de Morestin

ID: 113440

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Betânia Nogueira da Silva / SILVA, B.N. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Alessandra Cunha Machado / MACHADO, A.C. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Amanda Helena Novaes Saldanha Ruy de Almeida / ALMEIDA, A.H.N.S.R / Universidade Federal de Juiz de Fora; Bárbara Souto Villela / VILLELA, B.S / Universidade Federal de Juiz de Fora; Laura Valmon de Oliveira / OLIVEIRA, L.V / Universidade Federal de Juiz de Fora; Maria Luísa Bezerra Moreira / MOREIRA, M.L.B / Universidade Federal de Juiz de Fora; Marina Cenachi Azedo de Oliveira / OLIVEIRA, M. C. A. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Sâmara Souza Mendonça / MENDONÇA, S. S. / Hospital de Pronto Socorro Mozart Teixeira;

Título: CIRURGIA DE CONTROLE DE DANOS EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO - UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A cirurgia de controle de danos (CCD) consiste no controle inicial de hemorragias e contaminações oriundas do trauma, seguido de tamponamento intraperitoneal e fechamento rápido. É aplicada no manejo de vítimas de traumas graves (TG) e acometidas pela Tríade da Morte (hipotermia, coagulopatia e acidose metabólica). A CCD eleva a taxa de sobrevida, já que, para pacientes com reduzido status hemodinâmico, o imediato tratamento definitivo de lesões, potencialmente fatais ou não, provocaria uma depleção ainda maior de sua reserva fisiológica (RF), já gasta pelo trauma, elevando significativamente a taxa de mortalidade intra e pós operatória. O caso apresentado exemplifica um caso de CCD, que buscou tratar as condições ameaçadoras à vida de forma imediata para, posteriormente, manipular as demais injúrias não potencialmente fatais. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 27 anos, vítima de colisão motocicleta versus anteparo fixo, comparece à unidade hospitalar de pronto atendimento ao politraumatizado trazido pelo SAMU. Imobilizado em prancha e colar cervical, intubado e instável hemodinamicamente: pressão arterial 60x30 mmHg; frequência cardíaca 140 bpm; SpO2 98%; abdome distendido e tenso; pelve instável, evidenciando fratura; fraturas de fêmur e membro superior direito. Indicada CCD, na qual, simultânea à fixação da pelve pela ortopedia, realizou-se laparotomia exploradora, identificando hemorragia maciça na cavidade abdominal com ausência de lesões de baço, fígado, alças intestinais ou vasos intra-abdominais. Evidenciado sangramento advindo da pelve, foi realizado tamponamento intra e extraperitoneal na região com 10 compressas cirúrgicas e transfusão sanguínea intraoperatória. Após a abordagem cirúrgica, o paciente foi encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em uso de altas doses de noradrenalina para controle da volubilidade hemodinâmica. DISCUSSÃO: Diferentemente dos pacientes cirúrgicos eletivos, os indivíduos com TG são impossibilitados de realizar um preparo pré-operatório adequado e de suportar longas intervenções cirúrgicas. Essa divergência motivou a criação da CCD, uma modalidade cirúrgica que reduz o tempo operatório e protela o reparo imediato e definitivo de todas as injúrias, com o objetivo de restabelecer, em UTI, os parâmetros hemodinâmicos do paciente instável, de modo a aumentar a sobrevida. Embora os critérios para a indicação da CCD ainda não estejam formalmente estabelecidos, a hemorragia e o adiamento da intervenção cirúrgica são notadamente fatores que aumentam a mortalidade em pacientes com TG. Assim, o presente relato demonstra o caso de um paciente em que a hipotensão grave, o rebaixamento do nível de consciência e a presença de múltiplas fraturas justificam a realização imediata dessa modalidade cirúrgica. A despeito da necessidade de drogas vasoativas em altas doses, a rápida estabilização da pelve e o controle hemorrágico tornou possível a internação do paciente para estabilização em UTI.

Palavras-chave: Cirurgia de controle de danos; Cuidados adequados precoces; Politrauma

ID: 112609

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Vinicius Costa Lopes / Lopes, V. C. / FAMERP; Jose Augusto Pezati Tenani / Tenani, Jose Augusto Pezati / FAMERP; Laura Ignacio da Cunha / Cunha, L. I. / FAMERP; Leticia da Silva Costa / Costa, L. S. / FAMERP; Maycow Douglas Arantes / Arantes, M.D. / FAMERP; Tauane de Lima Fiorillo / Fiorillo, T. L. / FAMERP; Mateus Henrique da Silva Faria / Faria, M. H. S. / FAMERP; Vinicius Trevizam Soares / Soares, V. T. / FAMERP;

Título: CONTROLE DE DANOS EM FERIMENTO NA TRANSICAO CERVICO-TORACICO: RELATO DE CASO

Introdução: Lesões cervicais podem ser devastadoras, devido a presença de múltiplas estruturas vitais e proximidade entre elas, com alto índice de mortalidade (9,7%). O presente estudo visa relatar o caso de um paciente vítima de ferimento por arma branca em região cervical e torácica. Caso: Masculino, 41 anos, vítima de ferimento por arma branca cervical à direita e paraesternal à esquerda. Em serviço externo, identificada lesão soprante em região paraesternal, realizado curativo de três pontas e expansão volêmica. Na chegada ao Hospital terciário, paciente apresenta vias aéreas pérvias, saturação de oxigênio 88% em ar ambiente e taquipneia. Realizada drenagem torácica com saída de de sangue e ar. Apresentava instabilidade hemodinâmica, com e- FAST positivo em janela pericárdica e sangramento ativo em ferimento cervical direito. Iniciado protocolo de transfusão maciça, realizado intubação orotraqueal e posicionado duas sondas de Folley em lesão cervical com contenção do sangramento. Levado ao centro cirúrgico para cervicotomia exploradora, visualizado sangramento de veia jugular externa, borda lateral de lobo direito da tireóide, região posterior paravertebral e clavícula direita. Optado por ampliação da incisão, esternotomia mediana e identificado sangramento ativo proveniente da artéria vertebral direita, feito ligadura proximal e distal. Explorado saco pericárdico, com pequena quantidade de líquido citrino, sem lesões traumáticas no mesmo e abertura de ambas as pleuras, evidenciando laceração em língula. Optado por abreviar procedimento com controle de danos, esternotomia com curativo a Barker, rafia primária de pele com sutura contínua em região cervical, drenagem pleural bilateral, dreno mediastinal, rafia de lesão em região paraesternal, com duração total de 55 minutos, e encaminhado a UTI. Paciente evolui com melhora hemodinâmica e laboratorial, sendo reencaminhado ao centro cirúrgico após 36 horas do procedimento inicial. Na revisão, sem sinais de sangramentos ativos, realizado lavagem, rafia de esterno e cervical. Seguiu para pós-operatório em leito UTI. Ainda na internação apresentou paresia em MSD. Tomografia de crânio identificou hipodensidade em lobo frontal e parietal esquerdo com provável diagnóstico de distúrbio misto (isquêmico e lesão de plexo braquial). Após 16 dias, paciente teve alta hospitalar. Discussão: Lesões cervicais traumáticas baseiam-se na divisão do pescoço em zonas I, II e III. A maioria dos sinais de ferimentos penetrantes cervicais ocorrem por lesões vasculares e/ou de vias aéreas. Se instáveis, sintomáticos ou testes diagnósticos positivos, indica-se cervicotomia. Caso sangramento controlado, pode-se optar por uma incisão cervical oblíqua. Se cervicotomia ineficaz para controle do sangramento, opta-se por toracotomia. A cirurgia para controle de danos no trauma torácico é indicada se presença de desarranjos fisiológicos graves, outras fontes de sangramento e, mais raramente, em lesão anatômica grave.

Palavras-chave: cervicoesternotomia; ferimento na transicao cervico-toracico; controle de danos em tórax

ID: 113884

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Kaory Freire Hashimoto / HASHIMOTO, K.F / Hospital Adventista de Manaus; Lissianne Augusta Matos Gomes / GOMES, L.A.M / Universidade Nilton Lins; Roberto Pereira Carneiro Mattos / GOMES, L.A.M / Hospital e Pronto Socorro Dr Aristóteles Platão Bezerra de Araújo; Maitë Salem Filó / FILÓ, M.S / Hospital Adventista de Manaus;

Título: CURATIVO À VÁCUO NO TRAUMA PARA TRATAMENTO DE FÍSTULA DIGESTIVA POR MEIO DE TÉCNICA MODIFICADA DE BAKER

INTRODUÇÃO: A fístula digestiva pode surgir como complicação cirúrgica, com elevada morbimortalidade e de difícil manejo, em especial as de alto debito. A fístula duodenal pós trauma, por sua vez, associada a presença de infecção e múltiplas abordagens cirúrgicas, apresenta uma taxa de insucesso e óbito significativos. O presente relato visa mostrar os benéficos do cuidado minimamente invasivo, associado ao curativo à vácuo de baixo custo como alternativa para complicações do trauma abdominal. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 17anos, natural de Manaus, Amazonas, é trazido por terceiros ao Pronto-socorro vitima de ferimento por arma de fogo com orifícios transfixantes em abdome, sinais de choque hipovolêmico.Realizado atendimento inicial seguindo o protocolo do ATLS (ABCDE).Fast positivo em janela hepatorrenal e suprapúbica, com indicação de Laparotomia exploradora. Identificada múltiplas lesões transfixantes em jejuno a cerca de 10cm do ângulo de Treitz, sangramento de M. íleo-psoas direito, Optado por enterectomia com enteroanastomose termino-terminal 30cm do ângulo de Treitz e hemostasia do M. Íleo-psoas. Alta hospitalar no 7°dia de pós operatório. Reinternando no 10°dia pós operatório com sinais de sepse, choque hipovolêmico, dor abdominal de forte intensidade difusa, irritação peritoneal, distensão, vômitos e febre. Realizada Relaparotomia exploradora com identificação de grande quantidade de secreção sero-purulenta (2l) em toda cavidade, perfuração da primeira porção do duodeno, seguindo com duodenorrafia e confecção de peritoneostomia com tela de marlex e grau cirúrgico. Evoluiu com descendência parcial de rafia em duodeno e posterior fístula duodenal de alto debito com múltiplas reabordagens para revisão de peritoneostomia e limpeza de cavidade abdominal, porém sem identificação de ponto de fistulização de secreção biliosa. Optado por realizar curativo à vácuo em um modelo modificado da técnica de Baker, dispondo dos materiais de fácil acesso do hospital e que fossem de baixo custo: grau cirúrgico para proteger as vísceras, tela de marlex, esponjas das escovas de antissepsia a seco para isolamento do andar superior do abdome, sonda nasogástrica n°20, tudo recoberto por filme plástico e conectado ao sistema de aspiração com pressão negativa de 100mmHg, além de drenagem de via biliar. Totalizou 10 revisões cirúrgicas,com fechamento da cavidade por meio de aproximação gradual da aponeurose e retirada de dreno. Alta Hospitalar com 78dias de internação em UTI, seguindo em acompanhamento semanal pela estomatoterapia. DISCUSSÃO: O presente relato comprova a importância e eficácia da realização de peritoneostomias para controle de danos e infecção, por meio do toalete cavitário que somado a realização de curativo a vácuo viável por meio de materiais de baixo custo e de fácil acesso no Hospital, pode-se melhorar consideravelmente a qualidade de vida do paciente, reduzir tempo de internação, melhorar a morbimortalidade por fístula entérica.

Palavras-chave: curativo à vácuo no trauma; peritoneostomia; fístula digestiva

ID: 113357

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Mateus Henrique da Silva / Faria, M. H. S / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Mariana dos Santos Gabriel / Gabriel, M. S. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Maycow Douglas Arantes / Arantes, M.D. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Vinicius Costa Lopes / Lopes, V. C. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; André Luiz Coelho Pereira / Pereira, A. L. C. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Andressa Hellen Nora da Silva / Silva, A. H. N. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Vinicius Trevizam Soares / Soares, V. T. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Laura Inácio da Cunha / Cunha, L.I. / Hospital de Base de São José do Rio Preto;

Título: DISSECÇÃO DE ARTÉRIA CARÓTIDA INTERNA ESQUERDA SECUNDÁRIO A TRAUMA CONTUSO: UM RELATO DE CASO

Introdução Entre as diversas causas de dissecção de artéria cervical, encontramos os traumas contusos e penetrantes, com consequente acidente vascular encefálico (AVC). O presente estudo visa apresentar paciente vítima de trauma cervical contuso e a condução do caso. Relato de Caso Masculino, 53 anos, vítima de sequestro e agressão física, admitido hemodinamicamente normal em Pronto-Atendimento de um Hospital Terciário, Nível I de trauma. Apesar de não apresentar alterações na avaliação primária, possuía um edema e equimose em região cervical anterior com extensão para região torácica e membro superior esquerdo, edema e equimose periorbital bilateral, associado à dificuldade de abertura ocular e hiperemia conjuntival, além de queixa de dor local importante. Ultrassom e-FAST realizado na sala do trauma negativo. Solicitado tomografias que evidenciaram hematoma subcutâneo em região malar e mandibular à direita, fratura de osso nasal, além de extensa coleção heterogênea com áreas hiperdensas de permeio, localizada no músculo esternocleidomastóideo à esquerda, sugerindo hematoma/contusão muscular, sem escape de contraste (blush). Realizada, angiotomografia arterial de pescoço, que evidenciou imagem focal hiperdensa na periferia do bulbo carotídeo esquerdo, junto à origem da artéria carótida interna, o que poderia corresponder a pequeno hematoma mural ou pseudoaneurisma. Paciente internou aos cuidados da equipe de Cirurgia do Trauma. Indicado arteriografia de carótida esquerda que diagnosticou dissecção focal de carótida interna (ACI) esquerda. Inciado antiagregação plaquetária e, quatro dias após, anticoagulação plena, descartando necessidade de abordagem cirúrgica. Paciente recebe alta hospitalar em uso de AAS e rivaroxabana, com melhora significativa do hematoma, sem progressão da lesão vascular e sem lesões secundárias ao quadro. Discussão Pacientes com dissecção da ACI tendem apresentar como principal sintoma a dor local aguda. Em geral, essa precede dias ou semanas da ocorrência de AVCs isquêmicos ou de ataques isquêmicos transitórios (AITs). Além disso, o envolvimento das fibras simpáticas localizadas na parede da ACI, podem cursar com a ocorrência de síndrome de Horner ipsilateral. O diagnóstico padrão-ouro de dissecção da ACI extracraniana é feito por angiografia. No entanto, está indicada nos casos em que técnicas não-invasivas não consigam concluir o diagnóstico. A terapia antitrombótica com anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários por 3-6 meses é a mais amplamente utilizada no tratamento desses casos de dissecção de ACI extracraniana e a escolha pela terapia cirúrgica/endovascular pode depender do tipo e mecanismo de lesão, localização anatômica, lesões coexistentes e comorbidades.

Palavras-chave: Trauma contuso; Dissecção arterial; Cervical

ID: 112494

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Matheus Castro de Almeida / Castro, M. A. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Ose Augusto Pezati Tenani / Tenani, J. A. P. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Vinicius Costa Lopes / Lopes, V. C. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Júlia Saraiva Avelino Silveira / Silveira, J. S. A. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Laís Yumi Takaoka / Takaoka, L. Y. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Isabela Cristina Santin / Santin, I. C. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Laura Ignacio da Cunha / Cunha, L. I. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Eliane Berton / Berton, E. / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto;

Título: EMBOLIA ARTERIAL GASOSA APÓS TRAUMA TORÁCICO CONTUSO: RELATO DE CASO

O trauma é a terceira causa de morte no Brasil e o trauma torácico é a segunda causa de óbito por causas externas, apesar de a maioria das lesões serem leves e de excelente prognóstico. A embolia gasosa (EG) é uma condição rara pós trauma e de diagnóstico desafiador, mas potencialmente fatal. Homem de 39 anos, vítima de queda de motocicleta a 60 km/h com trauma torácico e cranioencefálico. Com avaliação primária normal e secundária com dor à palpação do tórax anterior e do abdome superior, sem peritonite. Realizada tomografia computadorizada (TC) que evidenciou foco gasoso intracardíaco, em ventrículo esquerdo (VE); pneumotórax, contusões e hemorragia alveolar, pequenos bilaterais; rim esquerdo com sinais de isquemia e com focos gasosos em seu interior; pâncreas com áreas de hipoperfusão e focos gasosos em seu parênquima. Devido aos achados sugestivos de trauma cardíaco foi solicitado Eletrocardiograma, que evidenciou área de infarto em parede anterior e lateral extensa e troponina de 4819. Foi realizado ecocardiograma (ECO) à beira leito que descreveu acinesia apical do VE, hipocinesia média de parede anterior, anteroseptal e anterolateral do VE, disfunção contrátil do VE de grau discreto. Foi submetido a cinecoronariografia (CATE) que revelou ausência de coronariopatia obstrutiva e função sistólica global do VE comprometida em grau discreto. Paciente seguiu em Unidade de Terapia Intensiva com insuficiência renal aguda, clínica de pancreatite e mantido com oxigenioterapia com 100% de O2. Evoluiu com melhora da dor abdominal e da função renal. Recebeu alta hospitalar após 12 dias com dieta e sem terapia renal substitutiva. Durante acompanhamento ambulatorial, não apresentou alterações em novo ECO. Apresentou melhora da função renal e cintilografia renal com DMSA que evidenciou função renal diferencial relativa do rim direito 69%; e do rim esquerdo 31%. Ainda segue em acompanhamento. A embolia gasosa geralmente é causada por intervenções que expõem a circulação ao meio externo. No contexto do trauma, quando o parênquima pulmonar é lesado por um trauma contuso de alta cinética, os vasos pulmonares (VP) e a árvore brônquica entram em contato e o ar, sob alta pressão, adentra os VP acarretando EG. A EG é de difícil diagnóstico na fase aguda pois o êmbolo gasoso desaparece em cerca de 0,5-30h. Geralmente o diagnóstico é feito com exames de imagem (TC ou ressonância magnética). O tratamento da embolia gasosa é eminentemente de suporte. Oxigenioterapia para reduzir o tamanho das bolhas por facilitar sua reabsorção. É descrito o uso da câmara hiperbárica e em casos mais graves, é possível realizar a aspiração do ventrículo.

Palavras-chave: embolia arterial gasosa; trauma torácico; embolia gasosa

ID: 113360

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Fabrícia Aparecida Mendes de Souza / Souza, F.A.M. / Universidade Federal de Ouro Preto; Cirênio de Almeida Barbosa / Barbora, C.A. / Universidade Federal de Ouro Preto; Ronald Soares dos Santos / Santos, R.S. / Universidade Federal de Ouro Preto; Bruna Kelren Freitas Pohlmann / Pohlmann, B.K.F. / Universidade Federal de Ouro Preto; Ana Carolina de Alcântara / Alcântara, A.C. / Universidade Federal de Ouro Preto;

Título: EMERGÊNCIA TRAUMÁTICA SECUNDÁRIA A ESPANCAMENTO E QUEIMADURA TÉRMICA: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: Definidas como a destruição traumática da pele e outros tecidos em consequência da exposição a agentes diversos, queimaduras são rotina nos pronto-atendimentos. São a quarta maior causa de trauma no mundo e extremos de idade, sexo masculino e abuso de álcool e drogas representam fatores de risco. A maioria das queimaduras são leves e não requerem tratamento. Porém, queimaduras graves têm alta morbimortalidade devido à intensa resposta endócrino-metabólica-imunológica ao trauma (REMIT) deflagrada. O entendimento da patofisiologia relacionada às grandes queimaduras corrobora com elevação da morbimortalidade, em consequência do aperfeiçoamento dos protocolos de reanimação, suporte ventilatório, controle de infecção, nutrição e tratamento das feridas. O manejo inicial deve adotar medidas que minimizem a REMIT e suas consequências. As principais sequelas e mecanismos de morte envolvem não a lesão imediata em si, mas sim a REMIT deflagrada posteriormente. RELATO DE CASO: Homem, 36 anos, vítima de espancamento e queimadura. A, B, C e D sem alterações. E: queimaduras com flictenas e áreas brancas endurecidas em face, membro superior direito e membros inferiores. Estimativa inicial: 8% de superfície corporal queimada (SCQ). Sondagem vesical: urina marrom escura. Exames laboratoriais: anemia, leucocitose, elevação de TGO e CPK = 2290 U/L. Tomografias: Le Fort II, hematoma subgaleal, hemorragia subaracnóidea sem efeito de massa. Em bloco cirúrgico: desbridado, suturado, intubado e puncionado acesso venoso central. Após desbridamento: 45% de SCQ, 25% queimaduras de espessura parcial; 20% de espessura total. Curativo em 4 camadas em toda a área lesionada. Encaminhado para o CTI. Mantido por 15 dias até a transferência para centro de grandes queimados. DISCUSSÃO: O atendimento de emergência segue orientações do Advanced Trauma Life Support. A avaliação da gravidade é indispensável e determina as demais condutas. A hipotermia deve ser evitada através da proteção do paciente. Sinais obstrutivos da via aérea, queimaduras faciais, cervicais ou de grande extensão são indicativos de intubação orotraqueal precoce. Lesão inalatória e intoxicação por monóxido de carbono devem ser investigadas. A fluidoterapia imediata é crucial para manutenção da perfusão e pode ser monitorada via débito urinário. Caso ocorra comprometimento respiratório secundário a escara torácica ou a sinais de hipoperfusão de extremidades, escarotomia deve ser feita. Terapia antimicrobiana sistêmica é indicada apenas para pacientes com infecção comprovada, sendo a antibioticoprofilaxia tópica empregada inicialmente. Oxandrolona e bloqueio dos receptores beta são indicados para atenuação do hipermetabolismo. Sedativos e analgésicos podem ser administrados em doses baixas. Controle da dor, tromboprofilaxia, excisão precoce da queimadura e fechamento com autoenxerto ou cobertura temporária com aloenxerto, suporte nutricional e controle do hipermetabolismo compõem medidas subsequentes.

Palavras-chave: Queimaduras; Unidades de queimados; Cuidados de Suporte Avançado de Vida no Trauma

ID: 113459

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Tauane de Lima Fiorillo / Fiorillo, T. L. / FAMERP; Paulo César Espada / Dr ESPADA, P. C. / FAMERP; Eliane Berton / BERTON, E. / FAMERP; José Augusto Pezati Tenani / TENANI, J. A. P. / FAMERP; Andressa Hellen Nora da Silva / NORA, A. / FAMERP; Vinícius Trevizam Soares / SOARES, V. T. / FAMERP; Paula de Almeida Marques / MARQUES, P. A. / FAMERP; Laura Ignácio da Cunha / CUNHA, L. I. / FAMERP;

Título: FALHA DE TNO DE TRAUMA HEPÁTICO MAIOR, RELATO DE CASO.

Introdução A lesão traumática da vesícula biliar (VB) é rara e ocorre em aproximadamente 2% dos casos de trauma abdominal. Os sintomas são vagas e a progressão do quadro geralmente é lenta o que leva a um diagnóstico tardio. A tomografia computadorizada (TC) com contraste auxilia na detecção de lesões da VB, os achados incluem visualização de sangramento ativo, por meio do extravasamento de contraste, ruptura da parede e outros. Neste relato, apresentamos um paciente com lesão traumática de VB, objetivando assim contribuir com a comunidade científica priorizando o diagnostico precoce. Relato do caso Paciente masculino, 35 anos, vítima de acidente motociclístico, colidindo contra duas cordas, uma em região cervical e outra em região de tórax, encaminhado diretamente ao Hospital de Base de São José do Rio Preto. Em avaliação primária não apresentava alterações. À avaliação secundária apresentava escoriações em região de tórax em trajeto da corda, abaulamento em hemitórax a direita e dor a palpação do flanco direito, sem peritonite. O E-FAST foi negativo e a conduta inicial foi TC de corpo inteiro e laboratoriais, evidenciando moderado hemotórax à direita, fratura de arcos costais, pequeno hemoperitônio entre outros achados. Devido a estabilidade clínica optado pelo tratamento conservador com internação em leito de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com controle de série vermelha e exame físico seriado. Com a melhora da dor associada a estabilidade hemodinâmica e boa aceitação da dieta, paciente recebeu alta hospitalar. Nove dias após a alta o paciente buscou a urgência com piora da dor abdominal e vômitos. Apresentava dor e defesa importante a palpação. Nova TC de abdome mostrou líquido espesso em cavidade, sendo indicada laparoscopia. No intraoperatório foi encontrada contaminação da cavidade abdominal com coleperitônio, lesão diafragmática direita com contaminação do tórax e lesão perfurante no fundo da VB. Devido aos achados e a grande contaminação da cavidade optou-se por conversão para laparotomia, sendo realizado colecistectomia com colangiografia intra operatória, a qual estava sem alterações, seguida da correção de outras lesões e lavagem da cavidade torácica e abdominal. Durante a cirurgia o paciente manteve-se estável e seguiu para acompanhamento em leito de UTI onde permaneceu sem intercorrências tendo alta hospitalar. Discussão O caso aborda um paciente vítima de trauma abdominal contuso com ruptura traumática da VB sendo de difícil diagnóstico devido aos sintomas inespecíficos. A ruptura traumática da VB é rara e o principal motivo é sua localização. Todavia, a lesão de outros órgãos intra-abdominais está presente na maioria das vezes sendo mais comum a lesão hepática. O diagnóstico é um desafio, geralmente há um atraso na identificação da lesão e é comum ocorrer durante a laparotomia exploradora quando indicada devido a lesões de outros órgãos. O tratamento mais indicado para o trauma de vesícula é a colecistectomia.

Palavras-chave: Vesícula biliar; trauma hepático; Ruptura traumática

ID: 113775

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Mirtes Okawa Essashika Do Nascimento / NASCIMENTO, M. O. E. / Hospital Municipal Mario Gatti; Lucas Falabello de Luca / DE LUCA, L. F. / Hospital Municipal Mario Gatti; Kimberly Nayane Marques da Silva / SILVA, K. N. M. / Hospital Municipal Mario Gatti; Moacir Valente de Oliveira / OLIVEIRA, M. V. / Hospital Municipal Mario Gatti;

Título: FERIMENTO POR ARMA BRANCA EM REGIÃO TORÁCICA CAUSANDO PERFURAÇÃO GÁSTRICA: UM RELATO DE CASO

O trauma tem apresentado considerável aumento nos últimos anos, sendo a primeira causa de morte em indivíduos com menos de 40 anos. A cada 4 vítimas de trauma que morrem, uma tem lesão torácica como a causa do óbito. O trauma torácico acomete principalmente homens entre 20 e 30 anos, decorrente de acidentes automobilísticos ou agressão física. Objetivo: relatar um caso de paciente vítima de ferimento por arma branca em região torácica com perfuração gástrica devido à hérnia diafragmática não traumática. Relato: indivíduo do sexo masculino, 28 anos, deu entrada na sala de emergência de um hospital da cidade de Campinas-SP, trazido pelo SAMU, vítima de agressão física por arma branca em hemitórax esquerdo. Apresentava frequência cardíaca (FC) de 127 bpm, frequência respiratória de 20 irpm e pressão arterial de 105 x 78 mmHg. Efetuado atendimento inicial conforme o ATLS. Encontrava-se contactante, lúcido e orientado, queixando-se de dor na região do ferimento e em região epigástrica. À ausculta respiratória, murmúrios vesiculares presentes, diminuídos em base esquerda, sem outras alterações no exame físico além do ferimento por arma branca de 4 cm em região supramamilar. Realizada radiografia (RX) de tórax, visualizado velamento em base esquerda, sugestivo de hemotórax traumático. Por isso, indicou-se drenagem torácica em selo d□água, na qual houve saída de secreção acastanhada. Pela indisponibilidade de tomografia computadorizada no serviço nesse dia, optou-se por realizar RX de tórax com contraste oral para descartar possibilidade de lesão esofágica ou diafragmática. A imagem, no entanto, não foi suficiente para afastar tal hipótese. Entretanto, logo após ingestão do contraste, o débito do dreno subiu abruptamente, mantendo a coloração prévia. Tal condição, associada à elevação da FC, levaram à indicação de toracotomia de urgência. No inventário da cavidade evidenciou-se presença de secreção acastanhada com restos alimentares. Realizada exploração do mediastino, sendo visualizada lesão de 4 cm no pericárdio, sem lesão cardíaca, além da presença de hérnia diafragmática não traumática de 3 cm com herniação de conteúdo gástrico para a cavidade torácica, no qual havia uma perfuração de 2 cm. Optou-se por realizar sutura diafragmática e posterior abordagem gástrica por via abdominal, na qual foi realizada sutura da lesão em parede anterior próxima à pequena curvatura. Após a cirurgia, o paciente manteve instabilidade hemodinâmica, sendo conduzido à unidade de terapia intensiva. Inicialmente evoluiu com melhora clínica, no entanto, apresentou quadro de pneumonia com piora progressiva, indo a óbito 34 dias após a cirurgia. Discussão: a maioria dos traumas torácicos é representada por pneumotórax, hemotórax ou hemopneumotórax, que podem ser tratados com a drenagem pleural, divergente a esse caso. As lesões torácicas são uma importante causa de morbimortalidade, com complicações pulmonares de natureza infecciosa associadas à morte tardia em 20% dos casos.

Palavras-chave: trauma; ferimento por arma branca; tórax

ID: 113492

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marilia Loureiro Gois Cavalcante / Cavalcante, M. L. G. / Hospital Geral de Itapevi; Maria Fernanda Brum Ribeiro / Ribeiro, M. F. B. / Hosital Geral de Itapevi; Bráulio Victor Brandão Ladeia / Ladeia, B. V. B. / Hosital Geral de Itapevi;

Título: HÉRNIA DIAFRAGMA TRAUMÁTICA À DIREITA: RELATO DE CASO.

INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática traumática é uma lesão incomum de alta morbimortalidade, sendo mais comumente à esquerda. O presente estudo, de abordagem qualitativa, possui como fundamental importância expor o relato de um paciente de 33 anos vítima de atropelamento em que foi atendido no Hospital Geral de Itapevi em 2019. RELATO DE CASO: Paciente de trinta e três anos, masculino, internado no Hospital de Geral de Itapevi em São Paulo, vítima de atropelamento por automóvel. Este paciente sofreu um trauma toraco-abdominal contuso, sendo encaminhado para o serviço sem prancha rígida e sem colar cervical, após procura espontânea ao Pronto Socorro central da cidade, há cerca de oito horas do ocorrido. Ao exame, encontrava-se com dor à palpação em hemiabdome direito, sudoreico, bexigoma, escoriações e hematoma em hipocôndrio direito. Solicitado tomografia de abdome que evidenciou fratura do aspecto anterolateral do 7º arco costal direito com desalinhamento dos fragmentos ósseos, discreto enfisema de partes moles da parede torácica ântero lateral direita, sinais de hérnia diafragmática à direita com protrusão do parênquima hepático ocupando o terço inferior do hemitórax correspondente e atelectasia restritiva do parênquima pulmonar adjacente. Indicado tratamento operatório. DISCUSSÃO: A revisão de literatura proposta nesse estudo possibilitou a análise de textos no qual evidenciou o processo desde sua abordagem inicial até o procedimento cirúrgico. Somando-se a raridade do caso em questão com ênfase no lado acometido.

Palavras-chave: Hérnia diafragmática; Trauma abdominal contuso

ID: 113545

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Vinícius Andreotti Segala / Segala, V. A. / UNISA; Thiago Seibel Storch / Storch, T. S. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Thales Felipe Pereira / Pereira, T. F. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer, B. M. / UNISA; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, E. J. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Maurício Rocco de Oliveira / Oliveira, M. R. / Hospital Geral do Grajaú; Luca Atroch Barbuti / Atroch, L. A. / UNISA; Victoria Blum Colloca / Colloca, V. B. / UNISA;

Título: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA TRATADA CIRURGICAMENTE: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: As hérnias diafragmáticas ocorrem quando há extravasamento de conteúdos abdominais para a cavidade torácica. Elas podem ser classificadas como traumáticas quando advém de uma trauma, fechado ou penetrante, na região diafragmática. Na realização do exame físico é possível notar diversos achados, como, hipertimpanismo, redução da expansibilidade do tórax e a presença de ruídos hidroaéreos no tórax. A variabilidade das apresentações clínicas e os diferentes métodos diagnósticos de hérnias diafragmáticas traumáticas fazem com que essas representem um desafio para serem diagnosticadas pelos cirurgiões. 0,8% dos pacientes vítimas de acidentes automobilísticos evoluem com ruptura diafragmática; já em casos de traumatismo abdominal fechado, a mesma ruptura ocorre em cerca de 3% a 5% deles. Este trabalho tem como objetivo expor o relato de caso de um paciente do sexo masculino, de 68 anos. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 68 anos, com histórico de hérnia diafragmática evidenciada em 2020. Paciente deu entrada em pronto socorro trazido por ambulância, com relato de queda de bicicleta, sem sinais de alerta, consciente. Durante realização do ABCDE do trauma, constatado paciente em insuficiência respiratória tendo sido realizada intubação orotraqueal (IOT). Tomografia computadorizada (TC) de crânio evidenciou hemossinus e uma linha de fratura temporal, TC de tórax apontou herniação de quase toda a câmara gástrica, conteúdo mesentérico e alças intestinais e colônicas para interior de hemitórax esquerdo e atelectasias compressivas bilateralmente. Tendo como principal hipótese a hérnia diafragmática como causa para evolução para insuficiência respiratória, optado por indicar procedimento cirúrgico laparotomia exploradora, onde foi visualizada uma volumosa hérnia diafragmática à esquerda, facilmente redutível manualmente, que seguiu com drenagem de tórax e fechamento do diafragma. O procedimento ocorreu sem intercorrências e sem uso de droga vasoativa (DVA). No 1º pós operatório paciente foi avaliado em grave estado geral, sendo mantido com IOT e ventilação mecânica (VM), evoluindo com parada cardiorrespiratória, revertida, e uso de DVA. Paciente recebeu amoxicilina + clavulanato durante a internação. Evoluiu com a suspensão da sedação e extubação. Após progressão para bom estado geral, paciente recebeu alta no 11º dia pós-operatório. DISCUSSÃO: Embora incomum, a hérnia diafragmática traumática é um importante problema no paciente politraumatizado. A drenagem de tórax deve ser realizada antes do fechamento da lesão diafragmática, uma vez que o paciente evoluirá com pneumotórax, hidrotórax ou hidropneumotórax, necessitando de drenagem pós-operatória, acarretando em uma maior morbidade. A mortalidade após ruptura diafragmática varia de 8 a 50%, geralmente sendo atribuída a lesões associadas, enquanto que em casos de estrangulamento de vísceras herniadas este número pode chegar a 88%.

Palavras-chave: Hérnia Diafragmática Traumática; Traumatismos Abdominais; Relato de Caso

ID: 112266

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rafael Marques de Mesquita / MESQUITA, R. M. / Universidade Federal do Triângulo Mineiro; João Paulo Vieira dos Santos / SANTOS, J. P. V. / Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Igor de Assis Sisconetto Mendonça / MENDONÇA, I. A. S. / Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Gustavo Aguiar de Oliveira / OLIVEIRA, G. A. / Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Amanda Bringel Oliveira Duarte / DUARTE, A. B. O. / Universidade Federal do Triângulo Mineiro; Gustavo Cunha Lima / LIMA, G. C. / Universidade Federal do Triângulo Mineiro;

Título: MANEJO CLÍNICO E SEGUIMENTO CONSERVADOR EM PÓS-OPERATÓRIO DE LIGADURA DE DUCTO TORÁCICO PÓS-TRAUMÁTICO

O quilotórax é o acúmulo de quilo no espaço pleural. Dentre as várias etiologias destacam-se as não-traumáticas e as traumáticas. Está associado a alta morbidade e mortalidade caso não seja tratado. Seu manejo não possui um algoritmo de tratamento estabelecido atualmente, impactando significantemente na conduta médica seu mecanismo de origem, volume, idade e estado geral do paciente Quando associado a alto débito (superior a 1 litro por dia) são recomendadas intervenções precoces como por exemplo a abordagem cirúrgica ou abordagem percutânea pois estratégias conservadoras tendem a não ter sucesso. Tal característica é encontrada predominantemente em eventos pós-operatórios, como esofagectomias, por exemplo. Nesse relato de caso de um paciente atendido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), vítima de politrauma por arma branca em região de tórax e antebraço, onde após atendimento inicial foi evidenciada lesão de ducto torácico apresentando débito inicial maior do que 1 litro ao dia. Em um primeiro momento apresentou falha terapêutica conservadora onde foram implementados dieta pobre em lipídios e octreotide, posteriormente foi submetido pela equipe da Cirurgia Torácica do HC-UFTM à videotoracoscopia com ligadura do mesmo mediante uso de clipe de titânio associado à cola biológica. Em pós-operatório imediato se manteve um débito persistente superior a 1 litro por dia de secreção quilosa mas após adoção de medidas clínicas como dieta oral zero e da dieta parenteral houve redução expressiva do débito. Com isso optado por manutenção da conduta, e após constatada melhora clínica consequentemente permitindo a retirada do dreno de tórax e posterior alta hospitalar com seguimento ambulatorial atual.

Palavras-chave: Trauma Ducto Torácico; Quilotórax; Trauma Torácico

ID: 113077

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lucas Hewitson Froes Santos / Santos. L.H.F. / Universidade Ceuma ; Suzane Katy Rocha Oliveira / Oliveira, S. K. R. / Universidade Ceuma; Jorge Luiz Ferreira Gomes Costa / Costa, J.L.F.G. / Universidade Ceuma; Rita Karla Pereira de Araújo / Araújo, R.K.P. / Universiade Ceuma; Maria Eduarda de Carvalho / Carvalho, M.E. / Universidade Ceuma; Isadora Marçal Barbosa Fernandes / Fernandes, I.M.B. / Universidade Ceuma; Vitor Castro dos Santos / Santos, V.C. / Universidade Ceuma; Camila Coelho Chaves Gaspar. / Gaspar, C.C.C. / Universidade Ceuma;

Título: MANEJO TERAPÊUTICO DE TRAUMA ABDOMINAL EM POLITRAUMATIZADO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO RELATO DE CASO

RESUMO Objetivo: relatar um caso de uma paciente vítima de acidente automobilístico que resultou em um politrauma com lesão hepática. Método: as informações foram colhidas por uma revisão do prontuário , entrevista com a equipe que prestou atendimento e revisão da literatura. Considerações finais: o caso relatado levanta a discussão do manejo terapêutico de um trauma abdominal fechado, assim como a indicação cirúrgica de controle de danos adequada para o perfil do paciente a fim de alcançar um prognóstico satisfatório. INTRODUÇÃO O trauma abdominal é responsável por um número expressivo de mortes evitáveis. No trauma contuso, os órgãos mais lesionados são o baço (40% a 55%) e o fígado (35 a 45%) . Existem classificações para avaliar a extensão dos danos, como a AAST-OIS. Este relato de caso visa descrever um traumatismo hepático com cirurgia de controle de danos. RELATO DE CASO Paciente feminina, 27 anos, admitida no Hospital Socorrão II em São Luís -MA , vítima de politrauma por colisão moto e carro. Apresentava dor abdominal, taquicardia e hipotensão com sinais de choque hemorrágico grau III. Foi submetida a Laparotomia Exploradora com Achado cirúrgico de volumoso hemoperitônio e lesão extensa do lobo hepático direito . Conduta: drenagem do hemoperitônio, hepatorrafia, eletrocoagulação do parênquima , colocação de 06 unidades de Curacel e 6 compressas no leito hepático para reabordagem posterior (cirurgia de controle de danos). No 5º dia de pós-operatório (DPO), foi submetida à Relaparotomia para a retirada das 6 compressas, porém havia sangramento ativo. Foram colocadas 5 compressas no leito hepático . No 7º DPO, em nova abordagem cirúrgica: sem sangramento ativo após a retirada das 5 compressas. Laboratório: Hb= 9,66; Ht= 31,10. após uma bolsa de Concentrado de Hemácias. Antibioterapia: Piperaciclina + Tazobactam 4,5g de 6/6h . No 17º DPO, a paciente se encontrava com Glasgow = 15 e sinais vitais normais. A CT de abdome de controle não evidenciou coleções. DISCUSSÃO A perda de sangue não controlada decorrente de um trauma abdominal pode levar o paciente a óbito em poucas horas. Neste caso houve uma lesão hepática com sangramento de díficil controle, tendo que ser abordado por três laparotomias. Órgãos como o fígado são acometidos frequentemente nesses tipos de trauma. Devido à condição hemodinâmica da paciente, optou-se por uma cirurgia de controle de danos, pois esta evita procedimentos extensos em pacientes instáveis, estabiliza problemas potencialmente fatais na cirurgia inicial e permite a cirurgia programada após o sucesso na ressuscitação inicial para solucionar o quadro por completo.

Palavras-chave: trauma; cirurgia; manejo

ID: 113068

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Aline Coltro / Coltro, A. / UNIFESP; Alan Mercadante Isoldi / Isoldi, A. M. / UNIFESP; Henrique Malteze Garcia / Garcia, H. M. / UNIFESP; Milton Scalabrini / Scalabrini, M. / UNIFESP; Diego Adão / Adão, D. / UNIFESP;

Título: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) APÓS TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO (TCE) LEVE COMO QUADRO CLÍNICO DE ENTRADA DE PACIENTE COM TAMPONAMENTO CARDÍACO (TC) SECUNDÁRIO À NEOPLASIA DE VENTRÍCULO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O derrame pericárdico (DP) é um acúmulo de líquido no saco pericárdico, que em excesso, levando ao TC e consequentemente, diminuição do débito cardíaco e choque cardiogênico. A prevalência de DP é desconhecida. No entanto, existem subgrupos com maior incidência: pacientes com metástases, serosites reumatológicas. sobrecarga volêmica, causas infecciosas e trauma. Apresentamos caso de paciente que foi admitido na sala de emergência por TCE leve após queda por síncope e que evoluiu para PCR devido à TP secundário a neoplaia de ventriculo até então desconhecida. RELATO DE CASO: Este relato foi realizado em um hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com o SCARE Guideline 2020 e com o consentimento dos familiares. Masculino, 38 anos, branco, sem comorbidades relatadas. Admitido em sala de emergência, queixando-se de mal-estar e sonolência, com história de TCE seguida de crise epiléptica a 12 horas da admissão. Durante atendimento inicial, seguindo o protocolo ATLS, apresentou rebaixamento súbito do nível de consciência (queda do score de glasgow de 14 para 5) com necessidade de intubação orotraqueal (IOT). Imediatamente após IOT, evoluiu com PCR em atividade elétrica sem pulso com retorno à circulação espontânea após 2 ciclos de reanimação. Neste momento cogitou-se que a PCR poderia ser secundária ao TCE ou possível sangramento intracraniano ainda não diagnosticado, porém durante a realização da ultrassonografia point-of-care (POCUS) no atendimento inicial, evidenciou-se na janela cardíaca, sinais de hipocinesia cardíaca difusa e importante DP, compatível com TC. Optou-se por drenagem pericárdica com técnica de Marfan guiada por USG sendo retirados 300 ml de líquido seroso, evidenciando-se melhora da contratilidade cardíaca e dos parâmetros hemodinâmicos. Neste momento, entendeu tratar-se de DP de etiologia a esclarecer que evoluiu com TC, síncope e queda. Após estabilização clínica, foi realizada tomografia de corpo inteiro evidenciando-se massa infiltrativa centrada no mediastino anterior, invadindo câmaras cardíacas direitas com comprometimento de valva tricúspide, seio coronário e de veias pulmonares à esquerda, associado a cor pulmonale sugestivo por refluxo de contraste para veias hepáticas. Diante destes achados, concluiu-se que o DP originou-se de neoplasia de ventrículo direito. Após 12h de admissão hospitalar, paciente evoluiu a óbito por choque cardiogênico refratário. Discussão: O TP requer reconhecimento e tratamento imediatos porém é um diagnóstico pouco discutido no contexto do trauma. Portanto, evidencia-se a importância da sistematização do atendimento ao trauma para que seja possível diagnosticar causas atípicas de PCR que não estão no raciocínio clínico habitual. O POCUS é essencial ao atendimento do paciente grave para aumentar a acurácica diagnóstica das causas de choque e PCR que não seriam diagnosticados.

Palavras-chave: Tamponamento cardíaco; Trauma; Neoplasia cardíaca

ID: 113600

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Vitória Mikaelly da Silva Gomes / Gomes, VMS / Hospital das Clínicas da UFMG; Rogério Adão Braga / Braga, RA / Hospital das Clínicas da UFMG; Leonardo Santos Viana / Viana, LS / Hospital das Clínicas da UFMG; Henrique Gonçalves de Melo / Melo, HG / Hospital das Clínicas da UFMG; Paula Rodrigues Sampaio / Sampaio, PR / Hospital das Clínicas da UFMG; Ivan Barbosa Gerken / Gerken, IB / Hospital das Clínicas da UFMG; Ana Cecilia de Assunção Borges / Borges, ACA / Hospital das Clínicas da UFMG;

Título: QUILOTÓRAX APÓS TRAUMA TORÁCICO PENETRANTE: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO O quilotórax é uma condição rara definida como o acúmulo de linfa no espaço pleural, podendo ser decorrente de obstrução ou, menos comumente, de laceração do ducto torácico. É uma complicação conhecida de cirurgias cardiotorácicas, mas pouco frequente como produto de lesões penetrantes. RELATO DE CASO Mulher, 44 anos, previamente hígida, trazida pelo SAMU com relato de agressão por arma branca. Possuía dois ferimentos penetrantes de aproximadamente 2cm: um em região infraclavicular esquerda e outro em transição toracoabdominal posterior à direita, na altura do 10º espaço intercostal, em localização paravertebral. Encaminhada para realização de tomografia de abdome e tórax que evidenciou hemotórax moderado à direita, sem sinais de penetração na cavidade peritoneal. Decidido por toracostomia, com drenagem de 300ml de sangue de imediato. Evoluiu no 2º dia pós-drenagem com aumento súbito no débito do dreno e drenagem de secreção quilosa. Diagnosticado quilotórax pós-traumático e decidido por tratamento conservador com suspensão inicial da dieta, seguida de reintrodução de dieta hipogordurosa e rica em triglicérides de cadeia média, além de manutenção do dreno de tórax. Após 7 dias paciente mantinha drenagem de secreção quilosa de 200-300ml diariamente, sendo decidido por abordagem cirúrgica com videotoracoscopia. Identificado no intra-operatório hemotórax retido, encarceramento parcial do lobo inferior direito e secreção de aspecto quiloso em pequeno volume, não sendo possível localização precisa da lesão do ducto torácico. Realizada decorticação pulmonar, lise de aderências e limpeza da cavidade torácica, seguida de ligadura proximal e distal do ducto torácico e posicionamento de 2 drenos tubulares. Paciente evoluiu de forma satisfatória, com ausência de drenagem de secreção quilosa nos drenos, retirados no 3º dia de pós-operatório. Recebeu alta hospitalar após 17 dias de internação com programação de acompanhamento ambulatorial. DISCUSSÃO O quilotórax é um diagnóstico atípico que tem como principais etiologias as neoplasias, trauma, malformações, trombose da veia cava superior e infecções. O diagnóstico após o trauma é comumente feito após 7-10 dias, sendo a confirmação feita através da identificação de aspecto leitoso da drenagem pleural e da dosagem de triglicérides no liquido pleural. O tratamento inicial preconizado é conservador, com dieta pobre em gorduras e introdução do dreno torácico, além de adjuvância farmacológica com o uso de análogos da somatostatina. Na ausência de resultados por períodos superiores a 7 dias o tratamento cirúrgico é cogitado. Dentre os tratamentos invasivos tem-se a pleurodese, com indicação nos pacientes pós-ressecção pulmonar devido ao espaço morto residual; o shunt pleuroperitoneal, contra indicado em caso de ascite quilosa; e o tratamento definitivo final com ligadura do ducto torácico, tecnicamente difícil pelo processo inflamatório e aderências pleuropulomonares.

Palavras-chave: Trauma torácico; Quilotórax; Lesão penetrante

ID: 113517

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Felipe Imanichi / Imanichi, F. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Acadêmico de Medicina - São Paulo - SP - Brasil; Bruno Henrique Nunes Hirata / Hirata, B. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Acadêmico de Medicina - São Paulo - SP - Brasil; Pedro de Souza Lucarelli Antunes / Lucarelli, P. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP, Cirurgia - São Paulo - SP - Brasil; Pedro Chiaramelli / Chiaramelli, P. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP; Henrique Cunha Mateus / Cunha, H. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP;

Título: RABDOMIOLISE

A rabdomiólise é uma doença comum em pacientes queimados, porém não há estimativa de quantidade de casos por ano no Brasil. Essa condição é causada pela destruição e necrose do tecido muscular, que leva a liberação de componentes intracelulares tóxicos para a circulação sistêmica provocando lesão da microvasculatura, extravasamento capilar, pressão intracompartimental e sobrecarga do sistema de filtração. O diagnóstico precoce é importante para iniciar um tratamento rápido e efetivo que evite a persistência da necrose muscular e a evolução de um quadro de lesão renal aguda. Homem de 22 anos foi levado ao pronto socorro após ter provocado um incêndio em quarto trancado. No atendimento pré-hospitalar foi necessário intubação orotraqueal e administração de 4L de Ringer Lactato. À admissão, o paciente possuía queimaduras de 1° grau na face anterior do MSD, de 2º grau na cabeça, no hemitórax E e dorso, no MSE, no MIE, na coxa direita e queimadura de 3º grau na perna D. O paciente apresentava cerca de 75-80% do corpo queimado. Foi administrado 1L de Ringer Lactato EV em 3h, 5L de Ringer Lactato EV nas próximas 16h seguintes, Cefazolina e Omeprazol. Realizados curativos e sedação o paciente foi encaminhado para a UTI. Durante internação paciente apresentou exames de função renal alterados com elevação dos níveis de creatinina (8,7mg/dL) e de CPK (3077U/L) indicando um quadro de rabdomiólise. No 2° dia na UTI, paciente desenvolveu uma síndrome compartimental e foi avaliado pela Cirurgia Plástica. Nos últimos dias de internação, o paciente apresentou melhoras no quadro infeccioso e foi extubado. O paciente desenvolve rabdomiólise através da lesão da musculatura esquelética, as principais causas são abuso de medicamentos e toxinas, hipoxia muscular, trauma e infecções virais e bacterianas. As principais manifestações clínicas da doença são mialgia, fraqueza, hipovolemia e urina marrom-avermelhada. É necessário o uso de exames laboratoriais, como a dosagem de CPK, Creatinina e um painel metabólico do paciente. É importante acompanhar a evolução diária para avaliar a função renal, sendo um sinal de alerta quando a CPK >5000/L e Cr>1,5mg/dL. A complicação mais comum da rabdomiólise é a LRA, estimasse que 10-40% dos pacientes evoluem para esse quadro. Com a lesão da membrana sarcoplasmática, há liberação de mioglobina, que é nefrotóxica. A mioglobinúria associado a hipovolemia e acidose pode levar a obstrução tubular renal, vasoconstrição e liberação de radicais livres, fatores que contribuem para LRA. A identificação precoce do quadro é importante, pois sabe-se que pacientes com LRA são mais propensos a desenvolver Doença Renal Crônica. Seu tratamento consiste na administração adequada de fluidos e na obtenção de fluxo urinário constante. O caso relatado ilustra um quadro comum nas UTI e evidencia a importância de uma intervenção rápida e efetiva para que os pacientes não tenham futuras complicações.

Palavras-chave: Rabdomiólise; Lesão Renal Aguda; Queimados

ID: 113486

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Daiane Ribeiro de Souza / Souza, D.R / Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio; Hisashi Aoyagi / Aoyagi, H / Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio; Ivana Dias Zamuner / Zamuner, I.D / Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio; Natallia Meira Gonzales / Gonsalez, N.M / Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio; Gabriela Lima Valente Coelho / Coelho, G.L.V / Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio; Victor Capone Quintana / Quintana, V.C / Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio; Autha Maria Mendes de Oliveira / Oliveira, A.M.M / Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio; Naualy Cunha Alencar / Alencar, C.N / Hospital Municipal Dr. Cármino Caricchio;

Título: RUPTURA DE VESÍCULA BILIAR APÓS TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO RELATO DE CASO

Ruptura da vesícula biliar (VB) ocasionadora por trauma contuso possui baixa incidência haja vista sua localização anatômica e seu diagnóstico, muitas vezes, insidioso e tardio.. A colecistectomia convencional ou laparoscópica é o tratamento de escolha para esse tipo de patologia com paciente apresentando bom prognostico após intervenção. Discutir tal patologia é de suma importância pela raridade de desse diagnostico. AFA, 54a, masculino admitido no serviço de urgência com história de acidente automobilístico há 2H. ATLS A vias aéreas pérvias, uso de colar cervical B MV + bilatealmente, eupneico C abdome doloroso a palpação profunda, DB negativo, sínfise púbica fechada, estável hemodinamicamente D EEG: 15, PIFR, sem déficits E: escoriações em face. Ampla: nega alergias, uso de medicações, comorbidades e cirurgias prévias, nega uso de álcool anteriormente ao acidente; refere ingesta de fermentados diariamente, ex tabagista. Labs adm HB 15,2/HT 43,4. TC de abdome: zona de sangramento ativo localizado na cavidade peritoneal adjacente a parede da vb com presença de hemoperitoneo. Moderada quantidade de líquido livre na cavidade abdominal e pequena quantidade na cavidade pélvica. Devido a estabilidade hemodinamica optado por conduta conservadora. Após 6hs da admissao constatada queda de hemoglobina (HB 10,5/ HT31), mesmo com estabilidade hemodinamica optado laparotomia exploradora (LÊ). Inventário da cavidade: presença de moderada quantidade de líquido hemático, fígado com bordas rombas, superfície lisa sem sinais de lacerações; baço integro e VB com laceração em região de parede anterior de aproximadamente 2 cm com hematoma intraluminal demais órgãos sem alteração. Realizada colecistectomia convencional com drenagem da cavidade. Lesões de VB traumáticas são atípicas visto sua localização anatômica protegida pelos lobos hepáticos e caixa torácica. Incidência geral varia de 0,8 a 2,1% e a maioria dos casos é resultado de lesões automobilísticas. A combinação de múltiplos fatores pode favorecer esse tipo de trauma, o consumo de álcool propicia o aumento do tônus da papila de Vater e a redução do esvaziamento biliar, que resulta uma VB túrgida no momento do trauma . Além disso, fígado cirrótico pode aumentar as forças de cisalhamentos na fossa da VB favorecendo seu descolamento. Paciente refere consumo frequente de fermentados sendo propenso a apresentar alterações hepáticas que aumentam a possibilidade de lesão. Diagnostico tardio se dá devido ao diagnostico clínico difícil bem como ao desconhecimento dessa patologia. Conduta expectante pode ser adotado em trauma isolado da VB sem sinais de perfuração. A colecistectomia esta indicada nos casos de avulsão completa da vesícula biliar e na lesões que ocasionam ruptura da artéria cística. Optou-se pela realização de LE para melhor avaliação da cavidade já que não dispomos de arsenal para realização de laparocospia diagnostica na urgência e colecistectomia convencional após constatação de lesão da VB.

Palavras-chave: Trauma ; Vesícula Biliar ; Diagnostico tardio

ID: 113375

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lucas Medina Areosa / Areosa, L.M / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Vitor Augusto Ribeiro Oliveira / Oliveira, V.A.R.O / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Raimundo Nonato Ribeiro de Oliveira Junior / Oliveira Junior, R.N.R / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Prisco de Paiva Bezerra Segundo / Bezerra Segundo, P.P / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Vinicius Sussuarana Rocha / Rocha, V.S / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Anna Cristina Pires da Luz Doria / Doria, A.C.P.L / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Luma Solidade Barreto / Barreto, L.S / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Amanda Casagrande Dias / Dias, A.C / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP;

Título: TRAUMA CERVICAL: É POSSIVEL O TRATAMENTO CONSERVADOR FORA DOS GRANDES CENTROS? RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO As lesões cervicais podem ser divididas em contusas ou penetrantes, destas superficiais ou profundas tem o platisma como marco anatômico. O pescoço pode ser dividido de diversas formas, frequentemente no trauma é usado o padrão em zonas, a se saber: zona 1: fúrcula a cartilagem cricóide, zona 2: cartilagem cricóide ao ângulo da mandíbula e zona 3: ângulo da mandíbula a base do crÂnio. Trata-se de uma região complexa e vulnerável tanto pela ausência de arcabouço ósseo, quanto pelas estruturas nobres que abriga: trato gastrointestinal, traqueia, vasos, tireoide, coluna e medula. O conceito do manejo cirúrgico seletivo vem ganhando cada vez mais espaço entre os centros de trauma, poupando cirurgias imediatas apenas para casos em que a condição clínica se impõe. RELATO DE CASO Paciente masculino, 20 anos vítima de FAB cervical em transição zona 1 a 2, à esquerda, trazido por terceiros ao PS apresentando volumoso hematoma, sem sinais de expansão, sem rouquidão ou outros sinais, estável hemodinamicamente, então submetido à tomografia de tórax com contraste, evidenciando hematoma, com presença de enfisema subcutâneo, então investigado com endoscopia digestiva alta, negativa para trauma esofagiano, optado então por cervicotomia exploradora, pela indisponibilidade de broncoscopia no serviço, esta também negativa para lesões. Paciente mantido em observação por 48h, recebendo alta, mantendo acompanhamento no serviço de regressos. DISCUSSÃO O manejo do trauma cervical independe da especialidade do cirurgião, sendo um desafio em muitos cenários, como protocolo primordial, o atendimento é guiado pelo ATLS, e ao longo dos anos paradigmas de tratamentos cirúrgicos, mais agressivos foram sendo mudados, A abordagem clínica vem sendo mais valorizada, sendo a cirurgia indicada diretamente na presença de sinais de alarme, entre eles: hemorragia incontrolável, hematoma pulsátil ou em expansão, hemoptise/ hematêmese maciça, choque, insuficiência respiratória, déficit neurológico, ou feridas soprantes. Ouros sinais de menor gravidade como hematomas, mas sem expensão, disfonia, disfagia, hipotensão responsiva a volume, enfisema subcutâneo, indicam uma avaliação pormenorizada, bem como a topografia da lesão, sendo a zona 2 a mais crítica. Ainda carece nos centros mais afastados serviços de endoscopia e broncoscopia de urgência e emergência, sendo muitas cervicotomias realizadas em caráter não terapêutico, apesar disto, avanços tem sido observados no sentido de melhora do preparo dos pacientes no contexto de trauma para cirurgia, no contexto em que o doente permite um estudo mais aprofundado, reservando as cirurgias de emergências apenas para os doentes em emergência e não de forma indiscriminada.

Palavras-chave: Trauma; Cervicotomia

ID: 113853

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Helena Maria Nascimento Biscalquin / Biscalquin, H.M.N / Irmandade Santa Casa de Campinas ; Nathália Sampaio / Sampaio, N / Irmandade Santa Casa de Campinas; Yana Nascimento Fracari / Fracari, YN / Irmandade Santa Casa de Campinas; Caio Heiji Matoba / Matoba, CH / Irmandade Santa Casa de Campinas; Juliana Matsuguma / Matsuguma, J / Grupo Surgical; Ciro B. G. Carvalho / Carvalho, CB / Grupo Surgical; Victor Caldeira / Caldeira, V / Grupo Surgical; Prof. Dr. Bruno Monteiro T Pereira / Pereira BM / Grupo Surgical;

Título: A SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL COMO COMPLICAÇÃO GRAVE NA DUODENOPANCREATECTOMIA

A síndrome compartimental abdominal (SCA) é uma complicação grave resultante de um aumento agudo e sustentado da pressão intra-abdominal (PIA). As alterações fisiopatológicas decorrentes do aumento e sustentação da PIA em vários órgãos e sistemas têm sido estudadas desde o século passado, inicialmente para destacar a morbimortalidade cardiovascular associada à PIA elevada. Nos últimos anos o reconhecimento do abdome como compartimento e o conceito de hipertensão intra-abdominal (HIA) culminando em SCA têm recebido muita atenção. O estudo IROI publicado recentemente, demonstrou que a hipertensão intra-abdominal ocorreu em aproximadamente metade de todos os indivíduos e foi duas vezes mais prevalente em pacientes ventilados mecanicamente do que em pacientes com respiração espontânea. A presença e a gravidade da hipertensão intra-abdominal durante o período de observação aumentaram de forma significativa e independente a mortalidade em 28 e 90 dias. Afortunadamente não existe um estudo isolado identificando a SCA como complicação da Duodenopancreatectomia (DP), no entanto é notável que esta complicação pode estar presente. Este estudo tem como objetivo relatar um caso de SCA em pós operatório de DP e revisar e literatura a fim de alertar os cirurgiões para complicações como esta. Paciente de 26a, submetido a DP após (por tumor de Frantz). Cirurgia transcorreu sem intercorrências em 3h e paciente foi encaminhado a UTI intubado em ventilação mecânica. Em 6h de pós operatório, paciente apresentou quadro de SIRS com pronta reanimação com volume e droga vasoativa. Paciente evolui com SCA nas primeiras 24 horas sem percepção por parte da equipe. Na literatura o balanço hídrico positivo foi associado ao desenvolvimento de HIA após o 1º dia. Por definição, PIA é a pressão contida no compartimento abdominal. Embora ela possa atingir marcadores transitórios de até 80 mmHg (tosse, manobra de Valsalva, esforços, etc.), esses valores não podem ser tolerados por longos períodos. De acordo com a Sociedade Mundial do Compartimento Abdominal, adultos gravemente enfermos já apresentam PIA aumentada (5-7 mmHg). A HIA, por sua vez, é definido como um PIA > 12mmHg em duas medições consecutivas em um intervalo de 4 a 6h. Os efeitos nocivos da IAH ocorrem muito antes da manifestação da SCA, e os pacientes que apresentam IAH têm 11 vezes mais mortalidade em comparação com aqueles que não têm IAH/SCA. Assim, a rápida progressão da HIA leva a SCA, definida como uma PIA> 20 mmHg. A SCA é, portanto, o resultado final de um aumento progressivo na PIA, que se não corrigida resultará em falência de múltiplos órgãos. Além disso, a medição de rotina da PIA parece ser um excelente preditor de gravidade na população de UTI e correlacionada com choque, SIRS, alto escore APACHE II, baixa saturação venosa central de oxigênio, baixa GCS e maior mortalidade. A SCA é uma complicação presente nas cirurgias de grande porte e deve fazer parte do rol de conhecimento do cirurgião geral.

Palavras-chave: sindrome compartimental abdominal ; Duodenopancreatectomia ; hipertensão intra abdominal

ID: 113795

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruno Cesar Gomes Buranello / Buranello, B. C.G / UEM; Eduardo Falco Knaut / Knaut, E. F. / UEM; Imad Shehadeh / Shehadeh, I. / UEM; Bruno de Souza Pedro / Pedro. S. B. / UEM; Gustavo Alex Condi / Condi, G. A. / UEM;

Título: ABDOME AGUDO MACIÇO POR HIDRONEFROSE MACIÇA UNILATERAL EM UM HOMEM DE 60 ANOS, UM RELATO DE CASO

Paciente JGP, masculino, 60 anos, com história de dor abdominal à esquerda por 3 dias, obstipado. Portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidêmico e com crises de gota, além de uma doença renal crônica não classificada. Em uso de anti-hipertensivo continuamente apenas. Com histórico de cirurgia por úlcera gástrica há 10 anos e hérnia umbilical. Apresenta-se estável hemodinamicamente, sem febre e outros sinais sistêmicos, com abdome distendido, porém não rígido, e massa palpável em flanco esquerdo. Laboratorial com hemograma de 10.570/mm3 leucócitos e 5% de bastonetes. A dosagem de proteína C reativa (PCR) resultou em 53,8 mg/dL. Ureia de 93 mg/dL e creatinina de 2,5 mg/dL. Gasometria arterial com leve acidose metabólica (pH 7,311 e bicarbonato de 18,0 mmol/L). A tomografia computadorizada (TC) com contraste da admissão provou volumosa área cística em loja renal esquerda, sugestiva de hidronefrose com perda cortical renal total e estreitamento de ureter distal, além de cálculo de 3mm na altura dos cruzamento dos vasos ilíacos, sem demais alterações. Foi prescrito analgesia, antieméticos e escopolamina. Na tentativa de passagem de sonda retal de sonda retal de Fouchet não houve progressão. Em seguida, iniciou-se ceftriaxona e metronidazol, o coagulograma resultou em RNI de 1,450 e tempo de atividade de tromboplastina (KPTT) de 45,1 segundos. Desta maneira, decidiu-se por laparotomia. No procedimento, foi puncionado cerca de 4 litros de líquido (com cultura negativa posteriormente) e feito a exérese de formações cística em topografia de zona II. Na zona I, visualizou-se segunda aglomeração cística em proximidade ao ureter esquerdo e veia cava inferior, a qual não foi retirada. Foi alocado gelfoam no campo de diérese e alocado dreno portovac 4.8, com exteriorização para flanco esquerdo. O anatomopatológico da amostra evidenciou pielonefrite e uretrite crônica e aguda acentuada, com áreas de fibrose adjacentes. Em retorno após três meses, o paciente não experienciou intercorrências. A creatinina havia baixado para 1,00 mg/dL e ureia para 37 mg/dL. Os eletrólitos haviam estabilizado, com potássio de 4,7 mmol/L e cálcio iônico de 5,04 mg/dL. A TC de controle contrastada visualizou um rim esquerdo não caracterizado, com área de densificação sequelar cirúrgica e sem coleções líquidas. Não havia linfonodomegalias retroperitoneais, pélvicas ou inguinais. A raridade de uma apresentação de uma enfermidade comum, porém unilateral e nesta faixa etária, com apresentação aguda, tornam este caso único. A dificuldade diagnóstica bastou uma simples TC. A terapêutica final necessitou de basicamente uma nefrectomia de urgência de um rim já não funcionante. Com certeza, o processo degenerativo do órgão, o qual ainda permanece sem explicação, já estava ocorrendo há algum tempo, porém não houve queixas para tal investigação. A lição primária deste relato deve ser a excentricidade da causa e os motivos pelos quais o enfermo procurou atendimento.

Palavras-chave: hidronefrose unilateral; abdome agudo obstrutivo; laparotomia exploradora

ID: 112635

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Livia Akemi Ramos Takahashi / Takahashi, L.A.R / Universidade Federal de São Paulo; Matheus Mont'alverne Napoleão Albuquerque / Albuquerque, M.M.N. / Universidade Federal de São Paulo; Rafael Mendes Pereira / Pereira, R.M. / Universidade Federal de São Paulo; Roberta Luciana Cabral Bezerra / Bezerra, R.L.C. / Universidade Federal de São Paulo; Manoela Valente Costa / Costa, M.V. / Universidade Federal de São Paulo; Carlos Alberto Castro Teixeira Júnior / Teixeira, C. A. C. / Universidade Federal de São Paulo; Ramiro Colleoni / Colleoni, R. / Universidade Federal de São Paulo; Milton Scalabrini / Scalabrini, M. / Universidade Federal de São Paulo;

Título: ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIO A METÁSTASE DE MELANOMA

Introdução: A perfuração e a obstrução intestinal secundária e metástase de tumores não epiteliais do TGI são raras. Entre essas causas, as principais são melanoma e câncer de mama. O intestino delgado é o local mais frequente de metástase do melanoma, principalmente devido ao seu rico suprimento sanguíneo. Apresentamos um relato de caso sobre um abdome agudo perfurativo por intussuscepção intestinal secundária a metástase de melanoma. Relato de caso: Este relato foi realizado em um hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com o SCARE Guideline 2020. Homem, 48 anos, branco, com diagnóstico de melanoma invasivo ulcerado em conjuntiva do olho esquerdo, é encaminhado ao pronto-socorro devido a queixa de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda e última evacuação há um dia, associado a ausência da eliminação de flatos. Nos exames admissionais, observava-se hemoglobina de 9,7 mg/dl; leucopenia de 2.110 células/mm3 e proteína C reativa de 70 mg/dl. Foi realizada tomografia de abdome com contraste intravenoso, a qual apresentava focos de pneumoperitônio predominando na região do mesogástrio, com focos de pneumatose intestinal, notadamente nas alças de delgado com sinais sugestivos de intussuscepção de delgado. Diante dos achados, conclui-se tratar de um abdome agudo perfurativo por intussuscepção intestinal secundário a metástase de melanoma. Optou-se por tratamento cirúrgico por laparotomia exploradora com incisão mediana, em cujo inventário foram identificados três pontos de perfuração intestinal em locais de provável metástase. Optado por enterectomia segmentar dos segmentos acometidos com entero-entero anastomose a Barcelona. No pós operatório imediato, paciente evoluiu com choque séptico e óbito após 25 dias de suporte intensivo, após paliação exclusiva. Discussão: Metástases de melanoma no TGI se apresentam de duas formas predominantes. A primeira, e mais comum, é como múltiplos implantes submucosos, os quais tendem a se estender intraluminalmente, onde eventualmente causam obstrução e dor ou ulceram, resultando em perda sanguínea aguda ou oculta e ainda podendo perfurar como observado em nosso caso. A outra lesão comum é polipóide, a qual pode evoluir com intussuscepção intestinal. De todas as obstruções intestinais por metástase de melanoma, 50% dos pacientes desconheciam o tumor primário antes da cirurgia. Trata-se de caso raro de melanoma com implantes metastáticos em intestino delgado, complicado com intussuscepção e perfuração intestinal que foi submetido a procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: Abdome agudo; Intussuscepção; Melanoma

ID: 113524

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Edson Hakumi Hayacibara / HAYACIBARA, E. H. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Acadêmico de Medicina - São Paulo - SP - Brasil; Pedro de Souza Lucarelli Antunes / ANTUNES, P. S. L. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP, Cirurgia - São Paulo - SP - Brasil; Bruno Henrique Nunes Hirata / HIRATA, B. H. N. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Acadêmico de Medicina - São Paulo - SP - Brasil; Pedro Chiaramelli / CHIARAMELLI, P. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP; Henrique Cunha Mateus / MATEUS, H. C. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP;

Título: ABSCESSO HEPÁTICO EM HOMEM JOVEM, SECUNDÁRIO A INFECÇÃO POR AGENTE BACTERIANO HIPERVIRULENTO - RELATO DE CASO

Introdução: Um abscesso hepático é uma massa cheia de pus no fígado, que se origina de uma lesão hepática ou uma infecção abdominal disseminada pela circulação portal. No começo do século XX, pileflebite secundária à apendicite era a causa mais frequente do abscesso hepático, mas atualmente causas biliares são as mais prevalentes. Apesar da baixa incidência, trata-se de uma doeça grave pois possui alto risco de mortalidade se não diagnosticada precocemente e tratada de forma adequada. Relato do caso: Paciente em mau estado geral, taquipneico, taquicárdico e hipotenso, sendo abordado conforme protocolo de sepse. Na investigação diagnóstica, o paciente apresentava plaquetopenia, alteração de função renal e hepática, com transaminases aumentadas. Optado pela realização de tomografia computadorizada de abdome, evidenciou-se abscesso hepático. A conduta foi drenagem do abscesso, por radiologia intervencionista, sendo drenado 60 mL de líquido com aspecto purulento. No 7º dia o paciente mantinha leucocitose e febre. Em nova TC, evidenciou-se derrame pleural em hemitórax direito, cuja tentativa de drenagem foi mal-sucedida, devido a espessamento pleural e loculação. Optado por decorticação e antibioticoterapia guiada, com boa evolução clínica, laboratorial e em exames de imagem, recebendo alta hospitalar em 19º dia de internação. Discussão: A maioria dos abscessos hepáticos são piogênicos ou amebianos. Abscessos infecciosos podem ser secundários à extensão direta da infecção local, à bacteremia ou infecções intra-abdominais que semeiam o sistema portal. O diagnóstico precoce é dificultado pela necessidade de exames de imagem, e por apresentar sintomas variados. Constatamos o caso de um paciente jovem e sem comorbidades, que desenvolveu um abscesso extenso, com necessidade de múltiplas abordagens cirúrgicas devido à perfil hipervirulento de agente infeccioso. A sintomatologia é variável e os achados são muitas vezes inespecíficos, da forma que o diagnóstico depende em geral de exames de imagem. Ainda, fatores como sexo masculino, diabetes melitus e cirrose hepática, contribuem para o aumento da predisposição do paciente desenvolver um abscesso, bem como a mortalidade por este. O abscesso hepático possui elevada mortalidade e fatores de risco importantes para o surgimento da doença. Este relato documenta o caso de um paciente de 25 anos, do sexo masculino, com queixa de febre, adinamia e dor em hipocôndrio direito há 6 dias, com infecção por COVID-19 em uso de levofloxacino, que apresentava sintomas inespecíficos na entrada. A suspeição diagnóstica desta doença mesmo com apresentação atípica é essencial para prontas medidas terapêuticas, melhorando o desfecho do paciente.

Palavras-chave: abscesso; hepático; infeccioso

ID: 113616

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Karina Aragão Ferraz / FERRAZ KA / UFMT; Ivana Paola de Jorgi / JORGI, I. P / HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABÁ; Talita Luz Garcia / GARCIA, T. L. / HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABÁ; Antônio Massayuki Wakasugui Sobrinho / WAKASUGUI SOBRINHO, A. M. / UFMT; Bruna Luiza Ribeiro Souto / SOUTO, B. L. R. / UFMT; Thainara Missassi Heller / Heller, T. M. / UFMT; Ricardo Budtinger Filho / FILHO, R.B. / UFMT; Eduarda Ambrosi / AMBROSI, E. / UFMT;

Título: ADENOCARCINOMA INVASIVO DE CÓLON DIREITO EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: O câncer colorretal (CC) acomete reto e intestino grosso a partir da mucosa colorretal. O adenocarcinoma é sua manifestação mais comum, presente em 95% dos casos. É o quarto câncer mais prevalente em relação à mortalidade no mundo, acometendo majoritariamente homens acima dos 50 anos de idade, sendo o rastreio importante para o não agravamento do caso. Consideramos relevante a apresentação do caso de laparotomia de urgência em mulher de 46 anos com quadro sugestivo de CC devido a sua baixa prevalência na literatura. RELATO DE CASO: SBR, feminino, 46 anos, chega ao serviço de emergência encaminhada pela unidade de pronto atendimento com história de parada de eliminação de flatos há 2 dias associada a náuseas e vômitos. Nega patologias familiares. História de enterorragia não investigada nos últimos meses e perda de peso percebida há 20 dias. Apresentava-se rebaixada, hipocorada e desidratada. Ao exame: PA 139x85mmHg, FC 139BPM, SatO2 93%. Abdome globoso, distendido, hipertimpânico, com dor à palpação difusa sem massas palpáveis. Resultado de tomografia computadorizada (TC) de abdome mostra espessamento parietal focal circunferencial e captante de contraste no cólon sigmóide, com 7,5cm de extensão, acentuada distensão dos cólons a montante com linfonodomegalias associada. Ceco dilatado, com espessura de 10cm, com risco aumentado de rotura. Encaminhada ao centro cirúrgico para laparotomia de urgência devido ao quadro séptico (Q-Sofa = 2) e risco de perfuração de cólon, com hipótese diagnóstica (HD) de CC. Identificado tumor de sigmoide estenosante em contato íntimo com ureter bilateralmente, útero, ovários e alças de intestino delgado com dilatação importante, necrose e perfuração de ceco, ausência de líquido livre em cavidade. Realizada secção do íleo terminal e reto, ooforoplastia a direita devido a cisto volumoso e exteriorizada alça de íleo terminal em flanco direito. Retirada segmento de cólon direito fechado, 116,4cm de comprimento e 15,2cm de diâmetro, com lesão circunferencial de aspecto estenosante, com diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma invasivo (WHO, 2021), moderadamente diferenciado. CONCLUSÃO: As manifestações mais comuns no CC são dor abdominal, mudança no hábito intestinal e presença de sangramento, variando com o segmento acometido. No CC esquerdo, é comum queixa de tenesmo, enterorragia e obstrução intestinal. Já no CC direito, apresentam queixa de perda de peso, dor difusa e anemia. A colonoscopia é o exame principal para rastreio, principalmente em pacientes com fatores de risco, sendo realizada em rotina após os 50 anos nessa população. No caso apresentado, a paciente apresentava queixas nos últimos meses que não foram investigadas, levando a agudização do quadro. No serviço de urgência, apenas a TC de abdome, associada ao quadro clínico foram necessários para a intervenção, sendo HD confirmada após resultado histopatológico.

Palavras-chave: ADENOCARCINOMA DE CÓLON; ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO; CÂNCER COLORRETAL

ID: 110379

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Paulo Leonardo Miranda Sposito / Sposito, P. l.. M. / Hospital Regional Dantas Bião; Thialla Dias Santos / Santos, T.D. / Curso de Medicina, Faculdade Estácio Alagoinhas; Natassia Lula de Oliveira / Oliveira, N.L. / Programa de Residência Cirurgia Gera, Faculdade de Medicina Estácio Alagoinhas; Jean Alves Gomes / Gomes. J.A. / Programa de Residência Cirurgia Gera, Faculdade de Medicina Estácio Alagoinhas; Thiago Arlêo Ambrósio / Ambrósio, T.A. / Programa de Residência Cirurgia Gera, Faculdade de Medicina Estácio Alagoinhas;

Título: APENDICITE AGUDA EM GESTANTE DE 25 SEMANAS: RELATO DE CASO

Introdução: A apendicite aguda é a emergência cirúrgica não obstétrica mais comum durante a gravidez, com maior frequência no segundo trimestre. Relato de caso: Neste relato, paciente de 23 anos, primigesta, admitida com quadro de dor abdominal de forte intensidade em hipogástrio irradiando-se para fossa ilíaca direita (FID) e migração por toda região infra-umbilical, associado a hiporexia, náuseas e vômitos, há 3 dias. Ao exame físico: taquicárdica, normocorada, normotensa, anictérica, acianótica, afebril. Extremidades perfundidas e aquecidas. Abdome gravídico, tenso, doloroso a palpação em FID e FIE, com irritação peritoneal. Considerando-se o quadro de abdome agudo, foi submetida a laparotomia exploratória que evidenciou apendicite complicada. Evoluiu de forma satisfatória, dando seguimento à gestação. Discussão: O diagnóstico deste caso, foi sustentado na apresentação clínica característica de apendicite, seguida de abordagem cirúrgica imediata. Uma vez que a intervenção cirúrgica retardada por mais de 24 horas do início dos sintomas, aumenta o risco de peritonite fecal, sepse e complicações incluindo perda fetal. A apendicectomia laparoscópica em gestantes não foi associada a riscos materno-fetais adicionais à própria patologia e pode, desta forma, ser considerada o método de escolha para casos de apendicite aguda durante a gravidez.

Palavras-chave: Abdome agudo; Apendicite; Gestante

ID: 112942

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rafael de Souza Aguiar / Aguiar, R. S. / Universidade Estadual Paulista (UNESP)- Botucatu; Claudia Nishida Hasimoto / Hasimoto, C. N. / Universidade Estadual Paulista (UNESP)- Botucatu; Glauber Correia de Oliveira / Oliveira, G. L. / Universidade Estadual Paulista (UNESP)- Botucatu; Marina Oliveira de Matos Silva / Silva, M. O. M. / Universidade Estadual Paulista (UNESP)- Botucatu; Marco Aurelio Leão Beltrami / Beltrami M. A. L. / Universidade Estadual Paulista (UNESP)- Botucatu; Victor Mendonça Salles / Salles, V. M. / Universidade Estadual Paulista (UNESP)- Botucatu;

Título: APENDICITE AGUDA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS - RELATO DE CASO

Introdução: Situs inversus é uma condição rara, a prevalência pode variar entre 1:6500 a 1:25000 nascidos vivos, não está associada a outras más formações e normalmente é assintomático. O diagnóstico normalmente é realização através de exames de imagem, como tomografia ou ressonância magnética. Relataremos o caso de uma patologia cirúrgica comum, a apendicite aguda, dentro de uma condição clínica rara, o situs inversus. Relato de caso: R. B. R, 37 anos, feminina, hipertensa, queixava-se de febre (38ºC), diarréia e dor abdominal inicialmente em mesogástrio de início há 5 dias. Sendo que há 3 dias houve intensificação da dor. Negou queixas ginecológicas e urinárias. Ao exame físico: bom estado geral, afebril, desidratada (+/4+), taquicárdica (100bpm), dor à palpação de mesogástrio e fossa ilíaca esquerda (FIE), sem sinais de peritonite. Após analgesia, paciente mantinha quadro de dor e os exames demonstraram apenas a proteína C reativa elevada (18,1). Aventado a hipótese diagnóstica de diverticulite aguda e por isso transferida ao nosso serviço para investigação. Na entrada mantinha queixa de dor em FIE com irradiação para hipogástrio. De sintomas acompanhantes referia náuseas e um episódio de êmese. Ao exame físico mantinha dor à palpação de FIE, sem sinais de peritonismo. Foi solicitado uma tomografia computadorizada que demonstrou situs inversus totalis e sinais de apendicite aguda. Realizado apendicectomia videolaparoscópica, sem intercorrência. No intra-operatório evidenciado apêndice retrocecal com hiperemia e espessamento, sem pontos de perfuração e necrose, base íntegra. Paciente evoluiu clinicamente bem, sem queixas, recebendo alta hospitalar no dia seguinte. Discussão: A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo inflamatório. Apesar de prevalecer em pacientes jovens e masculino, ela é frequentemente diagnosticada fora deste espectro. Sua apresentação clínica pode ser bem variável, necessitando, em alguns casos, de exames de imagem. Sabe-se que por tratar-se de uma patologia cirúrgica, o atraso no seu diagnóstico pode ser associado com maiores complicações, tempo de internação e custos. Relatamos o caso de uma paciente, feminina, 37 anos e dor em fossa ilíaca esquerda, diagnosticada posteriormente como apendicite aguda. O caso foge do espectro de raciocínio clínico dessa patologia, tendo em vista que a paciente se apresenta fora da epidemiologia e sobretudo, pela dor à esquerda, considerando o situs inversus. A videolaparoscopia é preferencial nesses casos, principalmente, por necessitar de uma mínima modificação do procedimento, já que existem diversas maneiras de posicionar os trocartes, não havendo um consenso sobre esse posicionamento nesses casos. Já foram descritos casos semelhantes na literatura, porém é válido, periodicamente, atentar-se para situações como essa, pois não é incomum relatos de incisões realizadas erroneamente, bem como dificuldades e tempos cirúrgicos maiores devido à inversão do posicionamento.

Palavras-chave: Apendicite aguda; Situs Inversus; Abdome agudo

ID: 113332

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Igor Queiroz Pedroso / Pedroso, I.Q. / Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba PUC-SP; José Mauro da Silva Rodrigues / RODRIGUES, JMS / Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba PUC-SP; Gabriela Chammas Consorte / CONSORTE, G.C. / Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba PUC-SP; Gabriel Alcarás de Góes / GÓES, G.A. / Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba PUC-SP; Beatriz D andrea Pigossi / PIGOSSI, B.D. / Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba PUC-SP; Paula Moreira de Jesus / MOREIRA, P.J. / Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba PUC-SP; Camila Cassilo / CASSILO, C. / Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba PUC-SP; Ana Luiza Almeida Andrade / ANDRADE, ALA / Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba PUC-SP;

Título: BAÇO FLUTUANTE COMO CAUSA DE DOR ABDOMINAL AGUDA: RELATO DE CASO

Introdução: O baço flutuante é uma condição rara, responsável por 0,25% das esplenectomias, é caracterizada pela hipermobilidade esplênica por alongamento ou mal desenvolvimento dos ligamentos suspensórios do baço levando à ectopia do órgão. É mais comum em mulheres em idade fértil, devido a flutuações hormonais, mas pode ter origem congênita ou traumática. A clínica é variável com dor abdominal e sintomas inespecíficos por compressão de estruturas vizinhas ou por torção do pedículo esplênico, presença de massa palpável, porém a maioria dos casos é assintomática. O objetivo do caso é relatar o baço flutuante como uma causa de abdome agudo. Relato de caso: Paciente masculino 39 anos, paraplégico devido ferimento arma de fogo (FAF) há 16 anos, foi encaminhado ao serviço de cirurgia geral via CROSS com queixa de tumoração palpável e dolorosa em fossa ilíaca direita(FID) há 6 meses, com piora há 2 semanas. Como antecedentes pessoais referia drenagem de hemotórax há 16 anos após FAF e colecistectomia realizada há 4 anos. Ao exame físico apresentava abdome distendido, doloroso à palpação profunda e massa palpável em FID. A tomografia (TC) de abdome da admissão evidenciou massa pélvica de contornos regulares medindo 12x10x8cm, de aspecto inespecífico. Após a avaliação das imagens, foi indicada laparotomia exploradora, que evidenciou baço em posição ectópica, que provocava compressão intestinal extrínseca e má formação do mesocólon em região colônica esquerda, com rotação anômala das alças intestinais. Optou-se pela esplenectomia e reposicionamento das alças intestinais. O paciente precisou ser reabordado cirurgicamente no 4° PO da esplenectomia por pneumoperitônio e líquido livre em cavidade abdominal. Em laparotomia diagnóstica para revisão de cavidade, identificou-se coágulos e sinais de sangramento ativo no hilo esplênico, abscesso em região subdiafragmática à esquerda, rotação total de cólon transverso além de isquemia em cólon esquerdo até a transição retossigmóide, devido a má formação de mesocólon identificada na primeira cirurgia. A partir disso, foi realizada colectomia esquerda, com colostomia à Hartmann e drenagem de abscesso em região subdiafragmática esquerda. Após isso o paciente evoluiu bem e recebeu alta do serviço. Discussão: O baço flutuante pode ter causa adquirida ou congênita, no caso relatado, a causa mais provável seria a traumática, relacionado ao FAF há 16 anos. A clínica é variável e a maioria dos casos é assintomática, tornando os exames de imagem como Rx, USG e a TC de abdome, essenciais para o diagnóstico. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, sendo o primeiro reservado para pacientes oligossintomáticos, sem complicações e com alto risco cirúrgico. A esplenectomia era considerada o padrão ouro, mas devido ao aumento de complicações trombóticas e do risco de infecções por S. pneumoniae, N. meningitidis e H. influenza tipo B, a esplenopexia tem sido mais indicada quando não há comprometimento do parênquima esplênico.

Palavras-chave: Baço Flutuante; Abdome agudo; Esplenectomia

ID: 113511

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Caio Lorenção Zavaris / Zavaris, C. L. Z. / Hospital Geral de Itapevi; Maite Chrysostomo / Chrysostomo, M. / Hospital Geral de Itapevi; Maria Fernanda Brum Ribeiro / Ribeiro, M. F. B. / Hospital Geral de Itapevi; Heloisa Tezzoni Rodrigues Consoli / Consoli, H. T. R. / Hospital Geral de Itapevi; Erico Augusto Consoli / Consoli, E. A. / Hospital Geral de Itapevi; Acir Junior Mendes Coelho / Coelho, A. J. M. / Hospital Geral de Itapevi;

Título: DUPLICAÇÃO GÁSTRICA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: As duplicações do tubo digestivo são malformações congênitas raras, mais comuns no sexo masculino, 80% se apresentam como lesões únicas e contem mucosa ectópica, sendo a gástrica mais frequente. O diagnóstico por imagem é o mais indicado e o tratamento é sempre cirúrgico. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 18 anos, com dor abdominal em cólica periumbilical com irradiação para flanco esquerdo (FE) e fossa ilíaca esquerda (FIE), hiporexia e constipação intestinal. Tomografia de abdome com contraste endovenoso iodado evidenciou coleções líquidas, de paredes espessadas, com densificação de planos adiposos adjacentes localizadas no FE (maior com 9,3 x 3,7 x 3,1cm) e na FIE (6,1 x 5,0 x 3,6 cm); associa-se a fino trombo no interior de veia regional no mesentério e moderada quantidade de líquido na pelve, infra-hepático e na goteira parietocólica esquerda, com leve espessamento peritoneal associado, inferindo processo inflamatório local. Indicada laparotomia exploradora com identificação de tumoração isquemiada, perfuração e abscesso. Tal tumoração estava aderida ao cólon transverso e ao estômago, interligando-se com cauda pancreática através de um pedículo. Realizadas a lise das aderências do tumor com o cólon transverso e estômago e ressecção da lesão, encaminhada para estudo anatomopatológico que descreveu aspecto histológico compatível com duplicação gástrica com processo inflamatório crônico inespecífico com formação de flegmão, pancreatite crônica e ausência de neoplasia (lâmina revisada duas vezes). DISCUSSÃO: a revisão de literatura juntamente com o relato de caso proposta nesse estudo possibilitou a análise de uma má formação congênita rara evidenciando o processo de diagnóstico, sua abordagem inicial e o procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: Duplicação; Abdome Agudo Inflamatório

ID: 113399

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruna Fagundes Rockenbach / Rockenbach, B.F. / HSL - PUCRS; Bianca Luiza Rauber / Rauber, B.L. / HSL - PUCRS; Juliana Campana Beck / Beck, J.C. / HSL - PUCRS; Brenda Ritta Zeferino / Zeferino, B.R. / HSL - PUCRS; Carlos Eduardo Bastian da Cunha / Cunha, C.E.B / HSL - PUCRS;

Título: ENDOMETRIOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO

Endometriose se define como presença da glândula/tecido endometrial fora do útero. Implantes extra-ovarianos já foram relatados associados à malignidade, além de terem seu fenótipo comparável semelhante ao neoplásico, por conta da capacidade de invasão tecidual e formação de lesões a distância. A endometriose intestinal tem incidência de 5- 12% das endometrioses, sendo mais comuns em reto e sigmóide. A clínica costuma ser de um quadro de abdome obstrutivo, sendo, em média, 12%, de forma aguda. A Laparoscopia é padrão ouro para diagnóstico, via histologia, e para estadiamento da extensão das lesões. Paciente feminina, 42 anos, transferida por quadro de dor abdominal em cólica intensa, início há 6 dias com piora súbita, associada a parada de eliminação de fezes e flatos. Apresentava história prévia de endometriose intestinal, já submetida a videolaparoscopia para ressecção de lesões em 2014. Sem outras patologias conhecidas. No atendimento inicial, obteve tomografia de abdômen que demonstrava volumoso pneumoperitônio, moderada quantidade de líquido livre e espessamento e hiperrealce parietal difuso dos cólons descendente e sigmóide. Na chegada ao hospital terciário para avaliação cirúrgica, se apresentava em mal estado geral e com sinais de choque séptico. Levada ao bloco cirúrgico imediatamente para laparotomia exploratória. Constatada grande contaminação fecal da cavidade, lesão estenosante em sigmoide distal, com dilatação de alça a montante, e perfuração no local. Devido instabilidade hemodinâmica no transoperatório e sinais de hipoperfusão em alça, optado por retossigmoidectomia com colostomia e fechamento da pele, com plano de reabordagem em 48h. Permaneceu em leito de terapia intensiva, em antibioticoterapia, apresentando melhora hemodinâmica. Levada ao bloco cirúrgico no segundo dia pós operatório para reabordagem. Não foi identificado sofrimento vascular e, então, optado por omentectomia de segmento com sofrimeto, seguido de fechamento da parede e da pele. No pós operatório o paciente evoluiu bem, com desmame de droga vasoativa, reintrodução de dieta enteral e via oral. Apresentou infecção de ferida operatória, com adequada recuperação em manejo clínico exclusivo. Recebeu alta da UTI no décimo dia pós operatório. Anatomopatológico da peça ressecada confirmou diagnóstico de endometriose de intestino grosso. A bibliografia mostra que o tratamento definitivo da endometriose infiltrativa segue sendo cirúrgico, podendo ser cogitada terapêutica mesmo em casos eletivos, tendo em vista Sintomatologia. O caso em questão foi abordado como abdome agudo obstrutivo em paciente instável, porém, levou a possível tratamento definitivo das lesões endometriais a distância. Além disso, a constante evolução do quadro, pode levar, até 1% dos casos a malignidade. Uma vez existentes sintomas intestinais, a opção cirúrgica no tratamento destes implantes vem sendo cada vez mais uma opção mais consolidada.

Palavras-chave: Endometriose ; Obstrução Intestinal; Peritonite

ID: 113066

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marina Eguchi Inaba / Inaba, M. E. / UNIFESP; Aline Coltro / Coltro, A. / UNIFESP; Vinicius Farina Sartori / Sartori, V. F. / UNIFESP; Leonardo Tonello Romero / Romero, L. T. / UNIFESP; Naiara Lamounier Ribeiro / Ribeiro, N. L. / UNIFESP; Wagner Gomes da Nóbrega Silva / Silva, W. G. N. / UNIFESP; Sun Rei Lin / Lin, S. R. / UNIFESP; Diego Adão / Adão, D. / UNIFESP;

Título: ENFISEMA SUBCUTÂNEO DE CORPO INTEIRO E PNEUMOMEDIASTINO SECUNDÁRIOS À FASCEÍTE NECROTIZANTE PERINEAL POR TUMOR DE RETO MÉDIO ABSCEDADO: RELATO DE CASO

Introdução: A fasceíte necrosante (FN) é uma infecção dos tecidos moles que se espalha ao longo das fáscias para a pele, tecido celular subcutâneo e músculos. Normalmente, a infecção dissemina-se rapidamente levando à sepse com taxas de mortalidade de 15 a 46%, podendo aumentar para até 100% sem tratamento adequado. O tratamento baseia-se em desbridamento cirúrgico e antibioticoterapia de amplo espectro. Apresentamos relato de caso de enfisema subcutâneo difuso e pneumomediastino secundários à FN. Relato de Caso: Este relato foi feito em um hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com o SCARE Guideline 2020 e com o consentimento do paciente. Masculino, 75 anos, asiático, diabético, admitido com relato de piora do nível de consciência há 3 dias, associado a dor perineal e abdominal de forte intensidade. Além disso, refere perda de peso de 10kg em 3 semanas. À admissão, encontrava-se em regular estado geral, abdome doloroso à palpação profunda de fossas ilíacas. Presença de extenso enfisema subcutâneo em períneo, abdome, tórax, pescoço e até mãos e pés. Apresentava hiperemia da região glútea e perianal, aumento de bolsa escrotal e lesão perianal com saída de secreção purulenta. Ao toque retal, presença de estenose à 5 cm da borda anal. Nos exames laboratoriais, evidenciou-se leucocitose (20.090 células/mm³), 76% de neutrófilos e proteína C-reativa elevada (318 mg/L). No score FGSI (Fournier□s Gangrene Severe Index) apresentou 10 pontos. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou espessamento parietal irregular do reto à esquerda, com aparentes trajetos de comunicação na parede lateral direita e coleções adjacentes. Extensa área de retropneumoperitônio e enfisema subcutâneo, se estendendo difusamente, incluindo espaço perirrenal, perihepático e pneumomediastino. Concluiu-se, então, tratar de enfisema subcutâneo difuso, retropneumoperitônio e pneumomediastino secundários à FN, para o qual optou-se pelo tratamento cirúrgico. Realizada incisão na transição do tecido necrótico em região perineal com saída de grande quantidade de secreção purulenta. Ao inventário, notado acometimento da região da raiz da coxa e glútea bilateralmente, com envolvimento circunferencial dos esfíncteres do ânus, face ventral da uretra membranosa, região testicular bilateral e até próximo do canal inguinal. Realizada retirada de tecidos desvitalizados. O paciente foi levado à unidade de terapia intensiva, evoluindo a óbito após 48h da abordagem cirúrgica. Discussão: A FN exige tratamento imediato e, mesmo sendo prontamente tratada, possui elevada mortalidade, chegando a até 75% aqueles que pontuam 9 ou mais no score FGSI. Medidas adjuntas ao tratamento inicial como câmara hiperbárica, terapia com pressão negativa e confecção de estoma apresentam recomendação moderada na literatura. Relatamos caso de enfisema subcutâneo de corpo inteiro e pneumomediastino secundários à GF, submetido a tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Fasceíte necrotizante; Pneumomediastino; Neoplasia de reto

ID: 112803

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Aline Coltro / Coltro, A. / UNIFESP; Marina Eguchi Inaba / Inaba, M. E. / UNIFESP; Vinicius Farina Sartori / Sartori, V. F. / UNIFESP; Victor Santos Coll / Coll, V. S. / UNIFESP; Leonardo Tonello Romero / Romero, L. T. / UNIFESP; Lucca Sokabe / Sokabe, L. / UNIFESP; Frederico Teixeira Barbosa / Barbosa, F. T. / UNIFESP; Sun Rei Lin / Lin, S. R. / UNIFESP;

Título: FÍSTULA COMPLEXA (COLO-VAGINO-VESICAL) SECUNDÁRIA À COLITE ACTÍNICA EM NEOPLASIA AVANÇADA DE COLO DE ÚTERO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: As fístulas colovesicais são complicações de diversas doenças inflamatórias ou neoplásicas, sendo a causa actínica mais rara. A colite actínica define-se por alterações inflamatórias da mucosa colorretal secundárias à radiação, sendo o reto o local mais comumente acometido. Estima-se que até metade de pacientes que realizam radioterapia (RT) na região pélvica desenvolvem sintomas gastrointestinais. Na fase aguda, os sintomas surgem em até 6 meses e incluem diarréia, tenesmo e sangramentos. Na fase crônica, após 6 meses, os sintomas incluem diarréia, obstrução, fístulas e sangramentos. Lesões actínicas podem também surgir após vários anos, explicados pela má perfusão dos tecidos devido às lesões vasculares pela radiação pélvica. Apresentamos um relato de caso de fístula complexa colo-vagino-vesical em uma paciente com antecedente de câncer de colo de útero com colite actínica. RELATO DE CASO: Este relato foi feito em um hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com o SCARE Guideline 2020 e com o consentimento do paciente. Mulher, 65 anos, branca, com câncer de colo de útero diagnosticado em 2017 (carcinoma adenóide cístico), submetida à radioterapia (dose: 4500 Gy), braquiterapia (dose: 27 Gy), quimioterapia em 2018 e retorna em 2022 com queixa de dor em hipogástrio há 2 semanas, associada a fecalúria e leucorreia. Ao exame físico encontrava-se em regular estado geral e sinais vitais estáveis. Abdome doloroso em hipogástrio e fossa ilíaca esquerda, sem massas palpáveis. Nos exames laboratoriais evidenciou-se elevação de proteína C reativa (178 mg/L). Realizou ressonância magnética que evidenciou à 15 cm da borda anal, área segmentar descontínua da parede anterior do sigmóide, medindo 1 cm, que alimenta coleção bloqueada no espaço vesicovaginal, estabelecendo contato com a bexiga, com pertuito de drenagem para o fórnix vaginal anterior e sinais de conteúdo fecal na bexiga. Em 2020 havia realizado uma colonoscopia que já evidenciava lesão compatível com proctopatia actínica. Conclui-se tratar de fístula colo-vagino-vesical, optado por tratamento cirúrgico - derivação de trânsito intestinal por transversostomia em alça em hipocôndrio direito por técnica aberta. A paciente apresentou boa evolução e alta hospitalar. DISCUSSÃO: Apesar das fístulas colo-vesicais após radioterapia serem bem descritas na literatura, a formação de fístula colo-vagino-vesical destaca-se como evento raro. Ainda não existe profilaxia para tais lesões, porém o melhor entendimento da fisiopatologia permite um direcionamento da terapia individualizada, a fim de conferir proteção adicional aos tecidos adjacentes. O tratamento ideal permanece sendo a ressecção da porção acometida. Contudo, a derivação do trânsito intestinal pode ser a alternativa para pacientes com múltiplas comorbidades e para controle infeccioso. Nossa opção pela derivação do trânsito se deu pela falta de avaliação detalhada para confirmação da ausência de neoplasia local.

Palavras-chave: Fístula colo-vagino-vesical; Colite actínica; Radioterapia

ID: 113044

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Fabrícia Aparecida Mendes de Souza / Souza, F.A.M / Universidade Federal de Ouro Preto; Cirênio de Almeida Barbosa / Barbosa, C.A. / Universidade Federal de Ouro Preto; Ronald Soares dos Santos / Santos, R.S. / Universidade Federal de Ouro Preto; Eliezer Ramos Coura / Coura, E.R. / Santa Casa de Ouro Preto; Aragana Ferreira Bento Cardoso Leão / Leão, A.F.B.C. / Universidade Federal de Ouro Preto; Maria Cristina Serafim Costa / Costa, M.C.S. / Universidade Federal de Ouro Preto; Antonio Alves Pereira Netto / Netto, A.A.P. / Universidade Federal de Ouro Preto;

Título: HÉRNIA DE HIATO COM OBSTRUÇÃO, UM RELATO DE CASO.

Introdução: A hérnia de hiato ocorre quando componentes abdominais ocupam a cavidade torácica, através do hiato esofagiano no diafragma. As causas mais comuns são: traumáticas, iatrogênicas e má formações congênitas. Relato de caso: Paciente sexo masculino, 56 anos, previamente hígido, admitido com quadro de dor abdominal refrataria a medicação há cerca de 24h. Início abrupto e intensidade progressiva em região epigástrica sem irradiação, associado a náuseas e vômitos intensos com parada de eliminação de fezes e flatos e distensão abdominal. Exames de imagem com nível hidroaéreo em topografia gástrica e grande distensão. À tomografia de abdome foi identificada volumosa hérnia hiatal, estômago hiper distendido com conteúdo liquido e gasoso. Foi indicada realização de laparotomia exploradora, identificado hernia diafragmática com cerca de 10cm de diâmetro, distensão gástrica importante associada a presença de parte do corpo e fundo gástricos em cavidade torácica sem sinais de isquemia ou necrose do estomago. Realizada redução manual da hernia e reparo do orifício herniário com fio inabsorvível com colocação de plug de tela de polipropileno e confecção de valva de fundo gástrico com sutura de 270°em pontos separados com fio inabsorvível seguida por fixação da valva em diafragma, por fim realizada epiplonplastia em orifício herniário. Procedimento transcorrido sem intercorrências, paciente com boa evolução e alta hospitalar após 7 dias de internação. Conclusão: A realização de reparo na hernia hiatal sintomática refrataria ao tratamento clinico ou em emergências é considerada tratamento de escolha e a abordagem cirúrgica depende da expertise da equipe cirúrgica para a realização cirúrgica segura e coerente do procedimento.

Palavras-chave: hernia hiatal; obstrução; hiato esofágico

ID: 113847

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Pedro Weverton Rodrigues da Silva / SILVA, P. W. R. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba; Laura Moretti Vidotto / VIDOTTO, L. M. / Universidade Anhembi Morumbi; Isabele Helaine Rabelo Dias / DIAS, I. H. R. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba; Miki Mochizuki / MOCHIZUKI, M. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba; Universidade Anhembi Morumbi; Danilo Jonas Silva Friaça / FRIAÇA, D. J. F. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba; Arnaldo Gouveia Junior / GOUVEIA, A. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba; Tabata Garcia Fernandes / FERNANDES, T. G. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba;

Título: INFECÇÃO POR STRONGYLOIDES EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE COM RÁPIDA DETERIORAÇÃO CLÍNICA E ÓBITO: RELATO DE CASO

Introdução: A estrongiloidíase, segundo a OMS, é uma doença tropical negligenciada, causada pelo Strongyloides stercoralis. As larvas se reproduzem no intestino e auto infectam o hospedeiro, característica única do parasita. Conforme a resposta imunológica, a disseminação, hiperinfecção e bacteremia por translocação podem ocorrer, resultando em casos dramáticos. Relato de caso: paciente mulher, 34 anos, com dores abdominais há 3 meses, vômitos e perda ponderal de 20 kg. Foi extensamente investigada e todos os seus exames eram normais. Sorologias negativas. Cesárea há oito meses. Apresentou piora dos sintomas e parada de eliminação de gases e fezes há 4 dias da sua entrada no serviço, com PA 107 x 67 mmHg, pulso 139 bpm, frequência respiratória 19 irpm, saturação 93%, descorada, desidratada, consciente e orientada, com abdome pouco distendido, difusamente doloroso e sem sinais de irritação peritoneal. Foi internada aos cuidados da cirurgia geral, com instalação de antibioticoterapia empírica com ceftriaxona e metronidazol e sonda nasogástrica. A tomografia mostrou distensão de alças do delgado e pequena quantidade de líquido livre, além de lipossubstituição da submucosa intestinal colônica. Na base do tórax havia opacificação pulmonar difusa com padrão vidro fosco. Exames laboratoriais: Hb 11,8 g/dL e leucócitos 28.690 mm³ com 17% de bastonetes, sem eosinófilos. A paciente manteve dor após dois dias, elevado débito da sonda, sem melhora dos parâmetros vitais. Foi optado por laparotomia exploradora pela possibilidade de obstrução por brida secundária à cesárea. No intraoperatório foi coletado líquido ascítico para análise; observada distensão do intestino delgado e com conteúdo fecal endurecido a 150 cm da válvula íleo-cecal. Foi realizada enterotomia e remoção do conteúdo, interpretado como bezoar. A paciente foi para a UTI em uso de noradrenalina. A análise do líquido mostrou larvas sugestivas de Strongyloides sp., sendo indicada realização de ivermectina via retal. Apesar das medidas a paciente continuou a piorar e foi aberto protocolo de sepse e a antibioticoterapia foi mantida. No dia 03/11/2021 a paciente evoluiu para óbito. Dia 05/11 os resultados das hemoculturas vieram com E. coli resistente a ceftriaxona e metronidazol. Discussão: outros casos de estrongiloidíase fatal são descritos em imunocompetentes. Os mecanismos de morte são: síndrome de hiperinfecção, estrongiloidíase disseminada ou bacteremia por translocação intestinal. A abordagem cirúrgica do caso tornou possível identificar o patógeno, que foi prontamente abordado. O mais provável é que a paciente encontrava-se séptica desde sua admissão, em virtude de uma bacteremia resistente aos antibióticos utilizados. O achado da estrongiloidíase pode ter servido como fator confundidor para a abordagem da infecção bacteriana. Ressaltamos a importância da instalação precoce do protocolo de sepse e da prevalência de cepas bacterianas multidrogas resistentes.

Palavras-chave: Estrongiloidíase; Infecção intra-abdominal; Sepse

ID: 113491

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Breno Cordeiro Porto / PORTO, B. C. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Roger Beltrati Coser / COSER, R. B. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Caroline Miwa Teruya / TERUYA, C. M. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Nathália Satoo Demian Ferreira / FERREIRA, N. S. D. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Serli Kiyomi Nakao Ueda / UEDA, S. K. N. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Marina Afonso Ferreira / FERREIRA, M. A. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz.; Cláudio José Caldas Bresciani / BRESCIANI, C. J. C. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

Título: INFLAMAÇÃO E NECROSE ESPONTÂNEA DO LIGAMENTO REDONDO DO FÍGADO MIMETIZANDO COLECISTITE AGUDA.

INTRODUÇÃO O Ligamento Redondo corresponde a um remanescente fibroso da veia umbilical, que se estende da cicatriz umbilical até o Fígado, estando intimamente ligado ao Ligamento Falciforme. Patologias desse ligamento são raras, sendo a torção dele, com sua posterior necrose e infarto da gordura peritoneal, o escopo do relato em questão. A etiologia pode ser tanto infecciosa como isquêmica. Seu diagnóstico é complexo, principalmente devido aos escassos casos na literatura e seu potencial em mimetizar outras patologias abdominais, sendo o manejo classicamente cirúrgico. RELATO DE CASO Trata-se de paciente do sexo feminino, de 64 anos de idade, que buscou o pronto atendimento com história de dor abdominal há 3 dias e piora há 1 dia. Relatou abuso alimentar em churrascaria e ingestão de frutos do mar. Como antecedentes pessoais, referia pós-operatório tardio de retossigmoidectomia por neoplasia de reto. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, eupneica, abdome globoso, distendido, hipertimpânico e doloroso à palpação de hipocôndrio direito e fossa ilíaca direita, com sinal de Murphy positivo. Foi realizada ultrassonografia de abdome, e como a vesícula mostrava-se sem cálculos, formulou-se a hipótese diagnóstica de colecistite aguda alitiásica. Realizou-se então a Tomografia Computadorizada de Abdome e Pelve, que sugeriu um infarto focal do ligamento redondo do Fígado. A avaliação laboratorial evidenciou neutrofilia, (8210 leucócitos e 77% de neutrófilos), proteína C Reativa elevada (9,74 mg/dl) e RT-PCR para Covid-19 negativo. Com os achados da tomografia, a nova hipótese foi de infarto do ligamento redondo no fígado e, com base no bom estado geral da paciente, optou-se por tratamento clínico baseado em analgésicos e anti-inflamatórios. A paciente evoluiu com melhora lenta e gradual da dor, notando-se queda gradual e progressiva da PCR ao longo do tratamento clínico. Recebeu alta no 8º dia de internação, com recomendação de acompanhamento ambulatorial, tendo sido realizada uma nova tomografia de controle que mostrou redução volumétrica significativa da área de infarto comparativamente ao exame realizado em sua admissão. DISCUSSÃO A inflamação e necrose do Ligamento Redondo apresenta-se como uma doença rara, cujos sintomas mimetizam a colecistite aguda, e os sinais aos exames radiológicos mostram-se sutis, o que dificulta seu diagnóstico. Na maioria dos casos, os pacientes são submetidos a tratamento cirúrgico para se estabelecer o diagnóstico. Há poucos relatos desta condição na literatura médica (43), e a maioria dos autores descreve o tratamento através da ressecção do ligamento acometido, algumas vezes associado a colecistectomia. Em revisão da literatura, encontramos relato de apenas 7 pacientes com esta condição tratados clinicamente. Ressalta-se, então, a importância do correto diagnóstico pré-operatório que, afastadas complicações, pode levar a indicação de tratamento clínico com sucesso e poupar pacientes do trauma cirúrgico.

Palavras-chave: Necrose de Ligamento Redondo do Fígado ; Inflamação ; Abdome agudo inflamatório

ID: 113536

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruno Henrique Nunes Hirata / HIRATA, B. H. N. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Acadêmico de Medicina - São Paulo - SP - Brasil; Pedro de Souza Lucarelli Antunes / ANTUNES, P. S. L. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP, Cirurgia - São Paulo - SP - Brasil; Edson Hakumi Hayacibara / HAYACIBARA, E. H. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Acadêmico de Medicina - São Paulo - SP - Brasil; Pedro Chiaramelli / CHIARAMELLI, P. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP; Henrique Cunha Mateus / MATEUS, H. C. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP;

Título: JEJUNO BILIAR - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL

Introdução: O íleo biliar corresponde de 1 a 4% das causas de obstruções intestinais. Trata-se de uma complicação rara da colelitíase não tratada, decorrente de uma complicação da colecistite aguda: uma fístula biliodigestiva. Anomalias congênitas da rotação intestinal também podem ser causas de obstrução intestinal e, em adultos, sua incidência está descrita em aproximadamente 0,2% dos casos. Relato de Caso: Trata-se de um caso incomum de um paciente com aerobilia, obstrução intestinal por cálculo biliar (diagnosticados na tomografia de abdome). Na laparotomia exploradora, foi constatada a presença de um vício de rotação com Banda de Ladd. Foi retirado o cálculo do jejuno e não foi abordada a fístula biliar. O paciente evoluiu com uma broncopneumonia e faleceu no terceiro dia pós-operatório. Discussão: O íleo biliar é uma das complicações da colelitíase não tratada que necessita de intervenção de urgência. Seu diagnóstico requer um alto grau de suspeição e seu tratamento cirúrgico deve ser imediato. A banda de Ladd é uma causa de obstrução duodenal em crianças com vício de rotação intestinal. Seu diagnóstico em adultos é pouco frequente. O paciente supracitado apresentava duas doenças raras simultâneas.

Palavras-chave: jejuno; biliar; obstrução

ID: 113348

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Amanda Carreão / Carreão, A / FAMERP; Lara Godela Delatore / Delatore, L.G / FAMERP; Laura Ignacio da Cunha / Cunha, L. I. / FAMERP; Anwar Fausto Felix Sabbag / Sabbag, A.F.F. / FAMERP; Bruno Vita Ricci / Ricci, V.R / FAMERP; Jorge Adas Dib / Dib, J.A. / FAMERP; Sérgio Carvalho / Carvalho, S. / FAMERP; Adriano Silvério da Paixão Filho / Filho, A.S.P / FAMERP;

Título: LINFOMA NÃO-HODGKIN COMO CAUSA DE PERFURAÇÃO INTESTINAL: UM RELATO DE CASO

Introdução Quarenta porcento dos linfomas extranodais estão no trato gastrointestinal, dos quais 4% representam linfomas não-Hodgkin (LNH). O linfoma primário de cólon é muito raro, ainda que seja o 3º tumor colorretal mais comum e corresponda a menos de 0,5% dos tumores desse sítio. A maioria dos pacientes apresenta inicialmente dor abdominal associada a perda ponderal e massa volumosa palpável, contudo, a manifestação clínica depende do seu sítio de origem. Essa heterogeneidade, associada a sua raridade, resulta na escassez de estudos clínicos sobre a doença. Assim, relatamos aqui um caso de perfuração intestinal provocada por LNH B de alto grau. Relato de caso Um homem de 32 anos procurou atendimento por dor abdominal há 15 dias, associada a febre, hiporexia e massa palpável em hipogástrio. Realizou tomografia computador izada (TC) que evidenciou volumosa lesão na pelve de aspecto neoplásico. Eletivamente, foi realizada colonoscopia, que evidenciou ileíte, confirmada por anatomopatológico (AP). Biópsia guiada por tomografia evidenciou LNH ao estudo anatomopatológico e linfoma B de alto grau na imunohistoquímica. Antes do início do tratamento sistêmico, retornou ao pronto atendimento com peritonite e queda de estado geral. TC demonstrou pneumoperitônio e foi realizada laparotomia. Foi encontrada volumosa tumoração pélvica envolvendo o íleo terminal, o ceco e o sigmóide. Realizada ressecção tumoral em bloco, incluindo o íleo terminal, o cólon direito e o sigmóide na peça cirúrgica. Foi realizada também enterectomia e enteroanastomose, por aderência do íleo ao tumor. Até o momento da submissão deste relato, o paciente não iniciou quimioterapia, pois convalesce em casa da internação hospitalar prolongada, agravada por sepse de foco abdominal e insuficiência renal dialítica. Discussão O linfoma colônico de células B mais comumente se manifesta como dor abdominal inespecífica e pode demorar meses para ser detectado. Uma massa abdominal palpável pode corroborar com a hipótese diagnóstica mas, para que o linfoma seja uma etiologia a ser considerada, o médico deve, antes de tudo, instruir-se sobre a doença. O tratamento cirúrgico do linfoma é exceção e em sua maioria está relacionado a situações de urgência como dor refratária, obstrução e perfuração. Contudo, a raridade e variedade histopatológica do LNH gastrointestinal fazem com que a maioria das informações seja baseada em relatos de casos e em séries pequenas. Essa baixa amostragem prejudica a análise de espectros clínicos, histologia, tratamentos e resultados. Ainda temos muito a aprender sobre essa doença e, por isso, um estudo prospectivo envolvendo múltiplos centros de cirurgia oncológica não só ofereceria melhorias à sobrevida como também traria amparo ao cirurgião que está junto do paciente no confronto desta doença.

Palavras-chave: Linfoma não-Hodgkin; Linfoma B; Perfuração intestinal

ID: 113612

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ricardo Budtinger Filho / FILHO, R. B. / UFMT; Rafael Sodre de Aragão Vasconcellos Pereira / SODRE, R. / HUJM-EBSERH/UFMT; Antônio Massayuki Wakasugui Sobrinho / WAKASUGUI SOBRINHO, A. M. / HUJM-EBSERH/UFMT; Thainara Missassi Heller / Heller, T. M. / UFMT; Eduarda Ambrosi / AMBROSI E / UFMT; Bruna Luiza Ribeiro Souto / SOUTO, B. L. R. / UFMT; Karina Aragão Ferraz / FERRAZ KA / UFMT; Leonardo Cesar Suita Fornari / FORNARI LCS / UFMT;

Título: MANIFESTAÇÕES URINÁRIAS EM DIVERTICULITE AGUDA PERFURADA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A diverticulose é caracterizada pela formação de divertículos colônicos (DC), geralmente em pacientes acima dos 63 anos. Diverticulite aguda (DA) é a principal complicação em pacientes portadores de diverticulose, sendo causada por inflamação e necrose dos DC. As manifestações variam com a gravidade do quadro, sendo comum dor em região do quadrante inferior esquerdo, alterações no trânsito intestinal, febre, náuseas e vômitos. Manifestações atípicas podem atrasar o diagnóstico e potencializar possíveis complicações. O relato objetiva discutir sobre caso de DA com manifestações predominantemente urinárias. RELATO DE CASO: A.C.F., 69 ANOS, feminino, com história de histerectomia subtotal prévia por leiomiomatose e diverticulose, em acompanhamento no serviço por dor pélvica crônica iniciada em 2014. Em Agosto de 2021, apresentou abscesso pélvico, sendo abordada por laparoscopia, com conversão para laparotomia por intensas aderências entre divertículo de sigmóide, bexiga e cúpula vaginal. Retornou 3 meses após o procedimento, com queixa de dor em baixo ventre, associado a febre e piúria e disúria, com abdome flácido, sem sinais de peritonite, associado a constipação, tendo sido avaliada em unidade de média cmolpexidade e iniciado tratamento para infecção do trato urinário (ITU), sem melhora Optado por internação hospitalar para investigação diagnóstica, sendo aventado hipótese de (ITU) ou diverticulite complicada de apresentação atípica. Exames evidenciaram leucocitose e elevação de marcadores inflamatórios, além de coleção intra-abdominal, podendo corresponder a fístula retovesical. Encaminhada para laparotomia, sendo evidenciado massa pélvica composta por sigmoide, íleo terminal, anexos e cúpula vaginal, com conteúdo fecalóide e purulento. Após dissecção foi evidenciado perfuração de íleo terminal aderido ao sigmóide, sendo realizada ressecção em bloco, com enterectomia de íleo distal e enteroanastomose, retossigmoidectomia com colostomia terminal, amputação de reto distal e ooforectomia bilateral. No 5º pós operatório evoluiu com isquemia de colostomia, sendo realizada revisão. Recebeu alta hospitalar no 22º dia de internação. DISCUSSÃO: Apenas 4% dos portadores de diverticulose irão desenvolver DA, causa frequente de abdome agudo nos serviços de emergência, principalmente em idosos. As manifestações clínicas típicas estão de acordo com o quadro clínico de peritonite ou abdome agudo perfurativo em casos mais graves. No entanto, como o caso descrito, 10-15% dos pacientes podem apresentar queixas urinárias associadas, como urgência ou disúria, decorrente da irritação da bexiga devido a inflamação do cólon sigmóide, sendo interpretado como infecção urinária erroneamente e postergando a intervenção cirúrgica de emergência.

Palavras-chave: diverticulite complicada; infecção do trato urinário; diverticulose

ID: 113328

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Fernanda Coutinho Kubaski / Kubaski, F.C. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Francisco Loes / Loes, F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; José Edison Toneto Júnior / Júnior, J.E.T. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; José Igor Ferreira da Silva / Silva, J.I.F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição;

Título: MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO DE DIAGNÓSTICO EM PACIENTE ADULTO COM QUADRO DE ABDOME AGUDO.

INTRODUÇÃO: Má rotação intestinal é uma anomalia congênita caracterizada por alteração no processo de rotação e fixação intestinal que acontece intra- útero, cursando com posicionamento anômalo do cólon, estreitamento da base mesentérica e desenvolvimento de bandas fibrosas de Ladd, que ligam o ceco ao duodeno. É mais prevalente em neonatos, afetando 1 a cada 500 nascidos vivos. A incidência estimada em adultos é de 0.2%, sendo a maioria dos casos assintomáticos ou com sintomas inespecíficos (náuseas, vômitos, constipação e dor abdominal) dificultando o diagnóstico. As principais complicações são a obstrução intestinal devido as bandas de Ladd ou volvo de intestino médio, encontrado em 10-15% dos adultos. RELATO DE CASO: Paciente JACD, 31 anos, sexo masculino, com histórico de safenectomia por trombose e varicocele, sem uso contínuo de medicações, procura atendimento devido a dor abdominal intensa, de início súbito com 3 dias de evolução. Ao exame, dor intensa, especialmente à descompressão em todo abdome, sem distensão. Apresentava hemoglobina 26,8, hematócrito 75,7%, leucócitos 8220 sem desvio, plaquetas 127mil, RNI 1,4, KTTP >180. Tomografia (TC) de abdome evidenciando má rotação intestinal e distensão hidroaérea de segmento do íleo distal, sugerindo processo obstrutivo. Submetido a laparotomia: pequena quantidade de líquido serohematico na pelve. Presença de má rotação intestinal (ceco à esquerda, delgado à direita, duodeno lateralizado com bandas de Ladd). Identificada torção de íleo distal, cursando com isquemia, sem necrose. Realizada lise de aderências e de bandas de Ladd, desfeita torção de delgado, procedida apendicectomia. Revisão das alças intestinais, com melhora do aspecto e peristalse preservada, optado por não ressecar. Paciente apresentou íleo adinâmico levando 8 dias até adequada aceitação alimentar e evacuações. Classificado como alto risco tromboembólico, anticoagulado com enoxaparina no 2º pós operatório (PO), evoluiu com queda de 10 pontos na hemoglobina, mantendo estabilidade hemodinâmica, TC evidenciou hemoperitônio, tratado com drenagens percutâneas e suspensão da anticoagulação, sem necessidade de reabordagens cirúrgicas. Recebeu alta em boas condições no 36 PO. DISCUSSÃO: A obstrução intestinal devido a má rotação intestinal é causa infrequente de abdome agudo em adultos, o tratamento preconizado é a Cirurgia de Ladd, que consiste na redução do volvo (quando presente) em sentido anti-horário, ressecção das bandas de Ladd, posicionamento das alças em posição de não rotação e apendicectomia (pela dificuldade de diagnóstico em caso de apendicite aguda futura em virtude do posicionamento anômalo do apêndice). Íleo adinâmico é complicação frequente do procedimento. Neste caso, além da má rotação existia policitemia e anticoagulação, evoluindo com sangramento intra abdominal. Apesar das complicações, paciente teve alta em bom estado geral e sem necessidade de novo procedimento cirúrgico.

Palavras-chave: Má rotação intestinal; Cirurgia de Ladd; Laparotomia

ID: 113829

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Nathalia Sampaio / SAMPAIO, N / SANTA CASA DE CAMPINAS; Yana N. Fracari / FRACARI, YN / SANTA CASA DE CAMPINAS; Helena M N Biscalquin / Biscalquin, HMN / SANTA CASA DE CAMPINAS; Caio H Matoba / Matoba, C. / SANTA CASA DE CAMPINAS; Giovani Beraldo / Beraldo, G / GRUPO SURGICAL; Ingrid Neves / Neves, I. / GRUPO SURGICAL; Alcir Escocia Dorigatti / Dorigatti, AE / GRUPO SURGICAL; Prof. Dr. Bruno Moteiro T Pereira / Pereira, BM / GRUPO SURGICAL;

Título: MIGRAÇÃO DE FISTULA ENTEROATMOSFERICA UM NOVO MODELO DE TRATAMENTO DO ABDOME ABERTO COMPLICADO

A técnica de abdome aberto (AA) é uma estratégia cirúrgica utilizada em condições críticas. No passado, descrita como detentora de altos índices de morbidade e mortalidade, o gerenciamento do abdome aberto ganhou espaço com o avanço das tecnologias de pressão subatmosfericas no tratamento de feridas complexas e diminuição da morbi-mortalidade. Neste cenário de catástrofes abdominais, o fechamento abdominal temporário (TAC) com terapia de pressão negativa se provou efetivo. Este método possui como vantagens a contenção e proteção do conteúdo da cavidade peritoneal frente a contaminação externa ou de efluentes entéricos, preservação da aponeurose, mitigação dos danos viscerais causados pelo contato com materiais sintéticos como gazes e compressas, quantificação da perda do fluido do terceiro espaço, prevenção da perda de domínio, diminuição a contaminação bacteriana, diminuição da resposta inflamatória, entre outras. Apesar da Terapia de Feridas por Pressão Negativa (NPWT) ter permitido que o método TAC comprovasse sua efetividade na síntese da cavidade abdominal, a presença de fístulas entéricas (FE) ou fístulas entero-atmosféricas (FEA) ainda são um desafio. Algumas técnicas para contenção dos efluentes entéricos foram descritas afim de isolar a contaminação da cavidade abdominal e permitir a ação os efeitos benéficos da NPWT na aproximação da parede abdominal e granulação do tecido intra-abdominal exposto ao ambiente, ainda assim a depender de sua localização, a presença da FEA continua sendo um grande desafio. Este trabalho descreve o relato de um caso demonstrando uma nova alternativa para o manejo do abdome complexo séptico com fístula entero-atmosférica. A técnica de migração de FEA. Relato do caso: Paciente feminina 32a, evoluiu com fistula entérica após cirurgia bariátrica (by-pass). Cirurgião assistente realiza nova intervenção cirúrgica e no sétimo dia após a segunda intervenção paciente evolui com quadro séptico. Em nova intervenção paciente é deixada em peritoneostomia (bolsa de Bogotá) e cirurgião assistente solicita auxilio da equipe de cirurgia de emergência. Nesta nova cirurgia, paciente se apresenta com FEA de alças de delgado em linha média. Oferecida proposta de NPWT em conjunto com técnica modificada de Ferraz para tração da aponeurose e lateralização da FEA (FOTOS). Resultados e conclusão: Com a nova técnica aplicada a síntese total da aponeurose e resolução da fistula ocorreu em 12 dias quando então a paciente obteve alta hospitalar sem outras complicações.

Palavras-chave: fistula enteroatmosferica; abdome aberto; terapia de pressão negativa

ID: 113072

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Naiara Lamounier Ribeiro / Ribeiro, N. L. / Unifesp; Amanda Fáris Marques / Marques, A. F. / Unifesp; Camila Granusso Adri / Adri, C. G. / Unifesp; Breno Victor Brandão Almeida / Azevedo, B. C. / Unifesp; Thatiany da Silva Lima / Lima, T. S. / Unifesp; Barbara Monique Calsolari Oliveira / Calsolari, B / Unifesp; Sun Rei Lin / Lin, S. R. / Unifesp; Diego Adão / Adão, D / Unifesp;

Título: OBSTRUÇÃO INTESTINAL E HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA SECUNDÁRIOS À MIGRAÇÃO TRANSMURAL DE GOSSIPIBOMA: RELATO DE CASO

Introdução: O gossipiboma, termo referente à presença de material têxtil envolvida por reação de corpo estranho deixado acidentalmente em cavidades corpóreas diante de estado pós-cirúrgico, é uma situação de incidência variável e subestimada em virtude das consequências legais do diagnóstico. Ainda assim, a migração transmural é relatada como um evento raro. Apresentamos caso de obstrução intestinal e hemorragia digestiva baixa secundários à migração transmural de gossipiboma Relato de caso: Este relato foi realizado em um hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com SCARE e com consentimento do paciente. Mulher, 59 anos, branca, pós-operatório tardio de apendicectomia aberta infra-umbilical, procurou o serviço de emergência com queixa de fezes escurecidas há 5 dias, fraqueza intensa e perda ponderal de 4 kg nos últimos 05 meses. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, descorada, exame abdominal sem alterações e toque retal com melena. Nos exames laboratoriais evidenciou-se Hemoglobina 5,1 g/dL. Realizou os seguintes exames de imagem: Angiotomografia de abdome demonstrando ponto de transição do calibre no íleo terminal com espessamento parietal. Nota-se área de descontinuidade da parede anterior dessas alças, com coleção de contornos irregulares adjacentes, além de outra coleção adjacente ao ceco. Associam-se linfonodomegalias mesentéricas. Diante desses dados, concluiu-se tratar de hemorragia digestiva baixa associada à obstrução intestinal para o qual optou-se pelo tratamento cirúrgico. Realizada laparotomia com incisão mediana supra-infraumbilical, em cujo inventário encontrou-se alças de delgado dilatadas sem sinais de sofrimento, com múltiplas aderências. Identificado ponto de obstrução intestinal: firme aderência entre alças de delgado, ceco e parede lateral direita, determinando dilatação a montante. Durante liberação das aderências, identificado ponto de ruptura do íleo a 85 cm da válvula ileocecal. Optado por anastomose/sutura mecânica da perfuração. Visualizada deiscência de aproximadamente 2,5 cm de diâmetro com saída de conteúdo fecalóide e presença de corpo estranho (provável compressa), que estava no interior da alça de delgado. Optado por enterectomia do segmento acometido e reconstrução do trânsito com sutura mecânica. A paciente evoluiu sem intercorrências, tendo recebido alta 7 dias após a sua admissão. Discussão: Trata-se de caso raro de hemorragia digestiva e obstrução intestinal secundários à migração transluminal de gossipiboma, submetido à laparotomia com remoção do corpo estranho e das aderências intestinais. A literatura apresentou nos últimos 20 anos apenas 12 casos de migração transmural de gossipiboma. Além disso, estima-se que ocorra 1 caso de gossipiboma a cada 1500 a 3000 laparotomias. O conhecimento e diagnóstico de tal evento adverso resvala em princípios de ética médica, evitando complicações médico legais.

Palavras-chave: Gossipiboma; Hemorragia digestiva; Obstrução intestinal

ID: 113575

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Jones Pessoa dos Santos Junior / Santos Jr, J. P. / HCFMUSP; Amanda Fáris Marques / Marques, A. F. / EPM/UNIFESP; Raphael Rocha Velozo / Velozo, R. R. / FMABC;

Título: OBSTRUÇÃO INTESTINAL SEM CIRURGIAS ABDOMINAIS PRÉVIAS, UM RARO CASO DE ÍLEO BILIAR - RELATO DE CASO

A fístula colecistoentérica ocorre aproximadamente em 1 a 2% dos pacientes com colecistite aguda, e é um mecanismo de alívio na pressão do sistema biliar. Habitualmente ocorrem para o duodeno ou cólon ascendente. A obstrução intestinal ao nível do íleo terminal ocorre pela impactação do cálculo no segmento íleo anterior à válvula ileocecal. Nestes casos, o tratamento cirúrgico se impõe, e consiste na enterotomia com retirada do cálculo, podendo ser necessária a enterectomia em casos de sofrimento isquêmico intestinal. Habitualmente o tratamento da fístula colecistoduodenal é reservado para um segundo tempo cirúrgico. Paciente do sexo feminino, 60 anos, com dor em hipocôndrio direito há dois dias da admissão, em associada a náuseas e vômitos. Negava febre, icterícia, colúria ou acolia fecal. Última evacuação há dois dias da entrada. Possuia as seguintes comorbidades: HAS, DM2, flutter atrial, febre reumática com necessidade de troca valvar em 2015 e insuficiência cardíaca congestiva. Sem cirurgias abdominais prévias. Ao exame físico, o abdome apresentava-se globoso, distendido, compressível, doloroso à palpação de hipocôndrio direito, sem massas notadas à palpação profunda. Durante a investigação etiológica foi realizada uma tomografia de abdome e pelve com contraste com evidência de: distensão importante de alças de delgado a montante com transição de calibre ao nível do íleo terminal e com imagem hiperdensa no interior da alça intestinal sugestiva de cálculo. Presença de aerobilia. Vesícula biliar de paredes espessadas, com nível hidroaéreo, sem cálculos no interior. Ausência de pneumoperitôneo. Realizada a laparotmoia exploradora com eneterotomia e retirada do cálculo, seguida de enterorrafia. Paciente com boa evolução no pós operatório, aceitando dieta oral no 2º dia de pós-operatório e com alta hospitalar 5º dia de pós-operatório. Discussão Diagnóstico raro de abdome agudo obstrutivo por íleo biliar, em paciente com antecedente de colelitíase. Diante da suspeita clínica o exame complementar de imagem é fundamental para elucidação diagnóstica. Achados típicos de exame de imagem, como a Tríade de Rigler, devido a baixa sensibilidade nem sempre estará presente. Diante da confirmação ou o simples reforço da suspeita, a indicação imediata da cirurgia se faz necessária. No caso acima descrito, ato operatório sem intercorrências, com achados condizentes com tomografia e suspeita clínica. Paciente com boa evolução no pós-operatório, sem queixas ou intercorrências. Devido a condições clínicas da paciente, como obesidade e cardiopatia grave já citadas, optado por não realizar abordagem da fístula nesse ato cirúrgico. Referências: -Nuño-Guzmán et al. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. World J Gastrointest Surg 2016 January 27; 8(1): 65-76 -Bakhshi et al. Gallstone ileus: dilemma in the management. Clinics and Practice; volume 7:977, 2017 -Inukai K. Gallstone ileus: a review. BMJ Open Gastro 2019;6:e000344.

Palavras-chave: íleo biliar; colecistite aguda; abdome agudo obstrutivo

ID: 113114

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Karina Mirandola de Lazari / Lazari, K.M. / Faculdade de Medicina de Catanduva; Luísa Della Líbera Murari / Murari, L.D.L. / Faculdade de Medicina de Catanduva; Marina Bellodi Montresor / Montresor, M.B. / Faculdade de Medicina de Catanduva; Renata Andrea Silva e Santos Tagliari / Tagliari, R.A.S.S. / Faculdade de Medicina de Catanduva; Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga / Gonsaga, R.A.T. / Faculdade de Medicina de Catanduva; Ayder Anselmo Gomes Vivi / Vivi, A.A.G. / Faculdade de Medicina de Catanduva;

Título: PANCREATITE AGUDA GRAVE COM PSEUDOCISTO, FISTULIZAÇÃO GÁSTRICA E SANGRAMENTO ATIVO: RELATO DE CASO

A pancreatite aguda (PA) é um processo agudo de inflamação do parênquima pancreático cuja etiologia mais comum é a litíase biliar (70%). É a doença pancreática mais comum. Essa condição inflamatória pode ser classificada como leve, moderada ou grave. Dentre as complicações, sabe-se que 20 a 40% dos pacientes com quadro grave podem apresentar necrose pancreática e peripancreática, podendo ou não ser infectada. Outra complicação possível é a formação de pseudocistos pancreáticos ou fistulizações sendo, porém, menos comuns (3%). O relato visa discorrer sobre a raridade do desenvolvimento de uma possível complicação da pancreatite aguda e a dificuldade na conduta de tal caso se não realizado um diagnóstico precoce. Foi descrito um caso de uma paciente feminina de 40 anos que deu entrada no pronto-socorro com um quadro de abdome agudo. Após investigação, foi diagnosticada uma pancreatite aguda biliar grave associada à presença de líquido peripancreático organizado que, avaliado pela tomografia, correspondeu a um pseudocisto o qual evoluiu com rompimento, formação de hematoma de parede gástrica e presença de sinais de sangramento ativo. Optou-se por tratamento cirúrgico por laparotomia, realizando gastrectomia total, esplenectomia e pancreatectomia distal. Além disso, foi necessária a colectomia parcial do cólon transverso devido a aderência do segmento a grande curvatura gástrica. A paciente em questão apresentou rápida evolução com queda do estado geral e disfunção múltipla de órgãos, gerando necessidade de cuidado intensivista por aproximadamente 3 meses. Quanto ao tratamento, nem sempre é necessária uma abordagem invasiva, uma vez que um terço ou mais se resolvem espontaneamente. Porém, os pseudocistos muito grandes, sintomáticos ou complicados requerem terapia cirúrgica, percutânea ou endoscópica variando de acordo com o quadro clínico do paciente. Em virtude da gravidade do caso apresentado, é importante ressaltar sua relevância e raridade, uma vez que não há na literatura nenhum caso relatado de colecistopatia calculosa que evolui para pancreatite aguda grave com formação de pseudocisto e fístula gástrica.

Palavras-chave: Pancreatite; Pseudocisto; Fistulização

ID: 113609

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Eduarda Ambrosi / AMBROSI, E. / UFMT; Ricardo Budtinger Filho / FILHO, R.B. / UFMT; Thainara Missassi Heller / Heller, T. M. / UFMT; Bruna Luiza Ribeiro Souto / SOUTO, B. L. R. / UFMT; Karina Aragão Ferraz / FERRAZ KA / UFMT; Leonardo Cesar Suita Fornari / FORNARI LCS / UFMT; Antônio Massayuki Wakasugui Sobrinho / WAKASUGUI SOBRINHO, A. M. / UFMT; Alberto Bicudo Salomão / SALOMÃO, A. B. / UFMT;

Título: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA DURANTE CONFECÇÃO DE PNEUMOPERITÔNIO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A videolaparoscopia é uma técnica amplamente utilizada em abordagens cirúrgicas gerais e ginecológicas devido seus benefícios pós-operatórios, porém existem complicações relacionadas a sua utilização, como lesões vasculares; embolias gasosas; e parada cardíaca, a de maior perigo. Esse trabalho objetiva relatar o caso de uma colecistectomia videolaparoscópica (CVL) que evoluiu até a parada cardíaca com a presença de bradicardia como sinal precoce. RELATO DE CASO: ZCA, feminina, 36 anos, chega ao serviço especializado para internação com proposta de CVL. História de queixa de dor abdominal há 5 anos, com episódios recorrentes de dor em cólica intensa em todo abdome, com predomínio nos quadrantes superiores e com irradiação para região dorsal, associado a ingestão de alimentos gordurosos. No último ano, a dor se intensificou e passou a não responder bem ao uso de analgésicos, com perda de 10 quilos e hiporexia. Nega patologias prévias ou familiares. Ao exame: sinais vitais estáveis, abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor a palpação, descompressão brusca negativa. Em ultrassonografia de abdome total: vesícula biliar com paredes finas e regulares, sem sinais inflamatórios, com imagens sugestivas de litíase biliar, ausência de dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas. Realizada CVL na tarde posterior a internação. No início do pneumoperitônio com agulha de veress paciente evolui com bradicardia e parada cardíaca. Desfeito pneumoperitônio e realizada reanimação, com retorno da atividade cardíaca ainda no primeiro ciclo. Após estabilização da paciente, a cirurgia evoluiu sem demais intercorrências, com pneumoperitônio com menor pressão e mais lento, retirada de vesícula de aspecto normal, sem aderências. Paciente extubada após procedimento, encaminhada para UTI para monitorização por 24 horas, evolui hemodinamicamente estável e recebe alta do serviço por estabilidade clínica. DISCUSSÃO: A PA durante a realização do pneumoperitônio na videolaparoscopia é a complicação mais temida durante o tempo cirúrgico, sendo propostas causas como embolismos por CO2, hipercapnia, redução de pré-carga e resposta vagal. Destaca-se que é possível reconhecer sinais precedentes à PA, como a bradicardia - presente em 50% dos casos; redução de capnografia; e hipotensão. Ademais, essa identificação de risco é importante devido a necessidade da modificação da pressão de gás a ser utilizada no momento cirúrgico. Dessa forma, no caso descrito, é possível observar a presença da bradicardia precedendo a PA, por possível alteração vagal, com posterior realização cirúrgica com redução de pressão de gás sem intercorrências e com bom prognóstico.

Palavras-chave: PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA; PNEUMOPERITONIO; COLECISTECTOMIA

ID: 113444

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marcus V. B. Cezillo / Cezillo, M. V. B. / hospital municipal antonio giglio; Paola Cavalcanti Panadés / Panadés, P. C / hospital municipal antonio giglio; Robson Uwagoya Valente / Valente, R. U. / hospital municipal antonio giglio; Samanta A. B. Silva / Silva, S. A. B. / hospital municipal antonio giglio; Hugo Gregoris / Gregoris, H. / hospital municipal antonio giglio;

Título: PNEUMATOSE INTESTINAL, SEM ISQUEMIA. UM RELATO DE CASO.

Introdução: A pneumatose intestinal tem apresentação variada, sendo diagnosticada, por imagem de gás intramural e gás livre. A associação com achados clínico-laboratoriais pode ser indicativo de quadro potencialmente fatal. No adulto, essa condição pode levar a tratamentos de emergência (laparotomia exploradora) até tratamentos menos invasivos ou de maneira não operatória. Essa grande variação entre urgência de origem isquêmica e observação por etiologia benigna exige investigação profunda, alto grau de suspeita para conduta mais adequada diante a uma síndrome bastante variada. O caso permite conhecer algumas características associadas à pneumatose intestinal benigna, mesmo quando há uma apresentação atípica, que pode levar a dificuldade diagnóstica e atraso no tratamento. Relato de Caso: Paciente, 12 anos, chegou ao serviço de cirurgia de urgência, com queixa de dor abdominal intensa, associado a náuseas e vômitos, distensão abdominal com parada da eliminação de flatos e fezes há 5 dias. Paciente estava em pós operatório de uma apendicectomia, grau IV e uma reabordagem por abscesso intraperitoneal. Ao exame físico, estava em regular estado geral, emagrecido, dispneico, abdome distendido, hipertimpânico com dor à descompressão brusca e ao toque retal foi encontrada pequena quantidade de fezes em ampola retal. Tomografia computadorizada mostrou distensão acentuada de alças delgadas, com pneumoperitônio, retropneumoperitônio e pneumatose intestinal difusa. Não foi possível observar com clareza a presença ou não de isquemia ou sinais de perfuração das alças intestinais. Indicado tratamento cirúrgico, com a hipótese diagnóstica de abdome agudo perfurativo. Realizada laparotomia exploratória, com achado de dilatação e pneumatose de alças desde o ângulo de Treitz até a válvula ileocecal, de aspecto difuso, com formação de bolhas de tamanhos variados em todo delgado e mesentério, além de ausência de perfurações, obstruções ou isquemia. Optado por procedimento não terapêutico. Discussão: O caso permite conhecer as características da pneumatose intestinal não isquêmica, mesmo quando há uma apresentação atípica que pode levar a dificuldade de diagnóstico e dúvida terapêutica. Essas informações contraditórias, associadas à falta de qualquer critério como guia, (semelhante aos critérios de Bell para recém-nascidos), dificultam a decisão terapêutica. Este relato visa discutir a melhor conduta diante da diversidade e até da presença de manifestação clínica não características, oferecendo subsídio para a tomada de decisão, alinhando diagnóstico e da decisão intraoperatória. Referencias: 1. Ko, Sujin, et al. ?Benign versus life-threatening causes of pneumatosis intestinalis: differentiating CT features?. Revista da Associação Médica Brasileira, vol. 64, no 6, junho de 2018, p. 543?48 2. Than, Van Sy, et al. ?Pneumatosis Intestinalis with Pneumoperitoneum: Not Always a Surgical Emergency?. Radiology Case Reports, vol. 15, no 11, novembro de 2020, p. 2459?63

Palavras-chave: Pneumatose intestinal; tratamento de emergência ; cirurgia de urgência

ID: 113522

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Letícia Matias Sampaio / SAMPAIO, L. M. / Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro; Lucas Maia Facundes / FACUNDES, L. M. / Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro; Diego Eusebio Quispe Zambrana / ZAMBRANA, D. E. Q. / Hospital Estadual e Pronto Socorro João Paulo II; Marcos Antônio Frota da Silva / SILVA, M. A. F. / Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro;

Título: PNEUMOPERICÁRDIO EM PACIENTE COM EPIDEMIOLOGIA E RADIOLOGIA COMPATÍVEIS COM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA: UM CASO DESAFIADOR DA AMAZÔNIA OCIDENTAL

INTRODUÇÃO: A hérnia diafragmática pós-traumática é uma condição rara com diagnóstico frequentemente tardio, momento no qual o paciente apresenta manifestações clínicas decorrente de suas complicações. A pericardite purulenta é uma patologia excepcionalmente rara, onde o espaço pericárdico é preenchido por ar e conteúdo purulento devido a um processo infeccioso. Ambos podem apresentar, nos exames radiográficas, imagem de nível hidroaéreo perimediastinal. O presente relato ilustra o caso de pneumopericárdio em um paciente jovem com história prévia de lesão por arma branca em hipocôndrio esquerdo que se tornou um fator de confusão para definição diagnóstica. RELATO DE CASO: V. P. O., masculino, 31 anos, previamente hígido, com história de lesão por arma branca em hipocôndrio esquerdo há 07 anos, submetido a laparotomia exploradora na ocasião, sem relatório cirúrgico disponível. Deu entrada no pronto socorro devido a quadro de epigastralgia há 03 dias, irradiando para região cervical à esquerda e posteriormente para o abdome, acompanhada de febre e episódios eméticos, de conteúdo alimentar. Apresentava-se em mal estado geral, dispneico, com creptos em bases pulmonares e hipofonese de bulhas cardíacas e abdome doloroso à palpação em epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Foi submetido a exames de imagem que mostraram nível hidroaéreo em região de mediastino e haustrações sugestivas de conteúdo intestinal, aventando-se a hipótese de hérnia diafragmática como complicação tardia da lesão por arma branca prévia. Foi levado para abordagem cirúrgica de urgência, sendo submetido a laparotomia exploradora devido a indisponibilidade de laparoscopia, evoluindo com parada cardiorrespiratória logo após o início do procedimento. Durante a reanimação, prosseguido com o inventário da cavidade, sem evidência de lesões intra-abdominais, sendo optado por incisar a rafe mediana do diafragma até o mediastino, com drenagem de grande quantidade de líquido sero-purulento do pericárdio, além de gás e fibrina. Após a descompressão cardíaca, iniciado massagem cardíaca manual direta, sem sucesso, evoluindo para óbito apesar das manobras de reanimação. DISCUSSÃO: Mecanismos penetrantes na região toracoabdominal, como lesões por arma branca, são responsáveis por aproximadamente 65% de todas as lesões diafragmáticas. Estas, por sua vez, podem evoluir com complicações tardias não diagnosticadas, como hérnia ou encarceramento de vísceras abdominais. Para pacientes em que o diagnóstico é incerto, laparoscopia diagnóstica, toracoscopia ou exploração cirúrgica aberta podem ser necessários para estabelecer o diagnóstico. O desafio diagnóstico do caso englobava os achados radiológicas com a história prévia do paciente e o quadro clínico inespecífico para afecção pericárdica. Pericardite aguda purulenta de etiologia primária constitui um diagnóstico incomum, cursando com dor torácica, febre e dispneia, com tratamento restrito e prognóstico desfavorável na maioria dos casos.

Palavras-chave: HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA; PNEUMOPERICÁRDIO; PERICARDITE AGUDA PURULENTA

ID: 112504

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Angela Lippaus Perugini / Perugini, A. L. / Universidade Max Planck - Unimax;

Título: PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE REPETIÇÃO

Introdução Hemorragia Digestiva Alta (HDA) é um sangramento intraluminal originário do trato gastrointestinal a partir do marco anatômico do ligamento de Treitz, sendo que ela corresponde aos sangramentos que ocorrem antes desse ligamento. O histórico médico e o exame físico desses pacientes podem ajudar a identificar a fonte do sangramento, comorbidades que podem afetar os cuidados subsequentes e avaliar a gravidade do sangramento. Relato L. de S. C., 80 anos. Admitida em sala de emergência após episódio de hematêmese de grande volume há 1 hora, com dor abdominal difusa de leve intensidade. Foi submetida a ressonância magnética de abdome superior e angiotomografia computadorizada, que constataram a formação característica de um aneurisma de artéria esplênica, parcialmente trombosado, com diâmetros transversos máximos de 8,7 X 6,3cm e afilamento do terço distal da artéria esplênica após o aneurisma, respectivamente. Assim, foi concluído que a causa da HDA seria por úlcera gástrica de fundo Forrest III, optando-se pelo tratamento conservador. Após 9 dias a paciente recebeu alta hospitalar. Em 3 meses houve um retorno emergencial. Foi, então, solicitada Endoscopia Digestiva Alta (EDA), a qual constatou úlcera de corpo gástrico em Forrest IB. Em seguida foi feita hemostasia endoscópica combinada. Após alta, paciente retornou em 7 dias, encaminhada pela Unidade de Pronto Atendimento, por hematêmese e rebaixamento do nível de consciência. Na admissão, estava em uso ventilação mecânica. Logo, foi solicitado a realização de uma tomografia face e crânio, as quais mostraram indícios de morte encefálica e foi iniciado o protocolo de morte cerebral, o qual foi encerrado após os primeiros testes. Em nova EDA constatou-se que a lesão ulcerada estava em cicatrização e sem sangramento. Nesse momento, a hipótese de o pseudoaneurisma de artéria esplênica se tornou o diagnóstico de escolha. Foi avaliado que não existia possibilidade técnica de qualquer procedimento endovascular, sendo indicada uma esplenectomia, com ligação da artéria esplênica proximal (antes do pseudoaneurisma) para ressecção em bloco. Após 4 dias, paciente foi submetida a laparotomia exploratória, obtendo como achado intraoperatório um pseudoaneurisma de artéria esplênica em contato íntimo com pâncreas e fístula gástrica na grande curvatura, além de um baço de dimensões aumentadas. Dessa forma, foi realizada esplenectomia total, aneurismectomia, pancreatectomia distal, gastrorrafia e, por fim, drenagem de cavidade. A paciente encontrava-se em estado grave, mas após 10 dias obteve recuperação total. Discussão Há diversos motivos para se apresentar uma HDA, sendo o principal a úlcera péptica. No entanto, é preciso se ater aos diagnósticos diferenciais para que os pacientes sejam corretamente atendidos e não cheguem a realizar recidiva do quadro, múltiplas internações e desenvolva um quadro grave com grande possibilidade de óbito. Esta é a razão pela qual esse relato de caso se faz importante.

Palavras-chave: Hemorragia Digestiva Alta; Diangnóstico diferencial; Pseudoaneurisma de artéria esplênica

ID: 113469

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Erica Rossi Moccehtti / MOCCHETTI, E.R / Hospital Geral de Carapicuiba; Maria Carolina Brandao Moran / MORAN, M.C.B. / Centro Universitário São Camilo; Alessandra Valero Gerab / GERAB, A.V / Centro Universitário São Camilo; Leticia Catini Trombeta / TROMBETA, L.C / Centro Universitário São Camilo; Bruno Amantini Messias / Messias, B.A / Hospital Geral de Carapicuiba; Jaques Wasberg / Wasberg, J / Hospital do Servidor Publico Estadual;

Título: PSOITE SECUNDARIA A DIVERTICULITE AGUDA PERFURADA MIMETIZANDO ABSCESSO COXO-FEMORAL

INTRODUÇÃO: A DIVERTICULOSE É UMA PATOLOGIA CADA VEZ MAIS FREQUENTE DEVIDO AO AUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA, TENDO NA DIVERTICULITE AGUDA UMAS DAS SUAS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES. DEVIDO ELEVADA PREVALÊNCIA E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES GRAVES, SEU DIAGNÓSTICO PRECOCE E TRATAMENTO ADEQUADO SÃO PONTOS CHAVES PARA BOA EVOLUÇÃO. DESCREVEMOS UM CASO DE DIVERTICULITE AGUDA PERFURADA PARA RETROPERITÔNIO COM APRESENTAÇÃO INICIAL MIMETIZANDO ABSCESSO COXO FEMORAL. RELATO: SCS, 58 ANOS, FEMININA, INTERNADA DEVIDO A PRIMO DESCOMPENSAÇÃO DIABÉTICA ASSOCIADA A DOR LOMBAR HÁ 2 MESES DE FORTE INTENSIDADE, COM IRRADIAÇÃO PARA QUADRIL À ESQUERDA. REALIZADO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE E QUADRIL SENDO OBSERVADO EXTENSA COLEÇÃO MULTILOCULADA, COM PAREDES ESPESSADAS, GÁS DE PERMEIO EM RETROPERITÔNIO A ESQUERDA, ACOMETENDO ILIOPSOAS, EM CONTIGUIDADE COM REGIÃO INGUINAL E RAIZ DA COXA, PRINCIPALMENTE EM GLÚTEO ESQUERDO. PACIENTE AVALIADA PELA EQUIPE DA ORTOPEDIA QUE INDICOU DRENAGEM DO ABSCESSO POR INCISAO LONGITUDINAL EM REGIAO COXO-FEMORAL COM SAIDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA. REALIZADA MAIS 2 NOVAS ABORDAGENS DEVIDO A PIORA CLINICA DA PACIENTE. NO 10 DIA DE INTERNAÇÃO FOI SOLICITADO AVALIAÇÃO DA EQUIPE CIRURGICA. COM BASE NA AVALIAÇÃO FOI OPTADO POR LAPAROTOMIA EXPLORADORA QUE EVIDENCIOU DIVERTICULITE EM SIGMÓIDE COM PERFURAÇÃO BLOQUEADA PARA RETROPERITÔNIO. REALIZADA COLECTOMIA SEGMENTAR E DRENAGEM DE RETROPERITÔNIO E OPTADO POR CONFECÇÃO DE CURATIVO A VÁCUO.EM REGIAO DE QUADRIL. PACINETE ENCAMINHADA PARA UTI EM USO DE ANTIBIOTICO DE AMPLO ESPECTRO E CUIDADOS INTENSIVOS. DISCUSSÃO: A DIVERTICULOSE É UMA DOENÇA INTIMAMENTE RELACIONADA A IDADE, TENDO EM PACIENTES ENTRE 60-80 ANOS UMA PREVALÊNCIA DE ATÉ 80%. A DIVERTICULITE AGUDA É UMA COMPLICAÇÃO FREQUENTE DA DIVERTICULOSE, ESTANDO PRESENTE EM ATÉ 30% DOS CASOS. NA DIVERTICULITE AGUDA PODEM OCORRER CASOS COMPLICADOS E NÃO COMPLICADOS, SENDO O MÉTODO DIAGNÓSTICO DE ESCOLHA A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA. SEU TRATAMENTO PODE VARIAR DESDE CLÍNICO COM USO DE ANTIBIÓTICOS ATÉ RESSECÇÕES CIRÚRGICAS. O ABSCESSO ILIOPSOAS É RARO, E É DIVIDIDO EM PRIMARIO E SECUNDARIO. A FORMA SECUNDARIA É A MAIS COMUM, SENDO A DIVERTICULITE AGUDA UMA DAS SUAS PRINCIPAIS CAUSAS. A SINTOMATOLOGIA INICIAL TENDE A SER INESPECÍFICA, O QUE PODE ATRASAR O DIAGNÓSTICO. A TRÍADE CLÁSSICA DE FEBRE, DOR EM FLANCO, E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO QUADRIL IPSILATERAL ESTÁ PRESENTE EM APENAS 30% DOS CASOS. A REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA AUXILIA NO DIAGNOSTICO E NA ESCOLHA DA MELHOR VIA PARA DRENAGEM .O TRATAMENTO CONSISTE NO USO DE ANTIBIOTICOTERPIA DE AMPLO ESPECTRO ASSOCIADO A DRENAGEM. APRESENTA ALTA TAXA DE MORBIMORTALIDADE, DEVIDO SEU DIAGNOSTICO GERALMENTE SER TARDIO. A PACIENTE FOI TRATADA INICIALMENTE COMO PORTADORA DE UM ABSCESSO COXO-FEMORAL, POSTERGANDO ASSIM O DIAGNOSTICO CORRETO E ATRASANDO A TERAPEUTICA ADEQUADA.

Palavras-chave: DIVERTICULITE; PSOITE; DRENAGEM

ID: 112606

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Daniela Bertotti / Bertotti, D, / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo ; Bruno Henrique Nunes Hirata / Hirata, B. H. N, / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Pedro de Souza Lucarelli Antunes / Lucarelli, P. S. A. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP, Cirurgia; Pedro Chiaramelli / Chiaramelli, P. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP, Cirurgia; Henrique Cunha Mateus / Mateus, H. C. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de SP, Cirurgia;

Título: RELATO DE CASO CLÍNICO: ABSCESSO ESPLÊNICO

Introdução: O abscesso esplênico é raro, com uma incidência entre 0,14 e 0,7%. O abscesso pode ser primário, quando há uma doença esplênica (como leucose ou infarto esplênico); ou secundário, quando originado por contiguidade ou por via hematogênica sendo, nesse último caso, a endocardite infecciosa importante fonte de trombos sépticos. O diagnóstico precoce pode reduzir a mortalidade de cerca de 70% para 1% e depende do reconhecimento dos fatores de risco e das múltiplas apresentações clínicas. Seu tratamento consiste no controle do foco da doença (quando ele existe), antibioticoterapia e drenagem (seja ela cirúrgica ou guiada por radiologia). Relato do Caso: Homem de 58 anos com quadro de febre, sudorese noturna e emagrecimento há 20 dias. Sem dor abdominal. De antecedentes pessoais, tratou endocardite bacteriana há 7 anos, com posterior troca de válvula mitral (biológica). À admissão, o paciente apresentava-se normal hemodinamicamente, sem hipotensão, e com leucocitose 17200/mm³. Exames de função renal normais. Realizou tomografia de tórax e abdome que evidenciou lesões hipodensas no baço de até 10cm e ecocardiograma que apontou uma imagem ecogênica ovalada 13x12mm aderida aos folhetos da prótese associada a componente filamentar (além de sinais de insuficiência cardíaca). Após medidas iniciais de suporte e antibioticoterapia, optou-se pela esplenectomia aberta. No período pós-operatório, apresentou melhora transitória dos parâmetros infecciosos, porém embolização do sistema nervoso central causou comprometimento do nível de consciência e óbito 10 dias após a operação. Discussão: Para que um paciente desenvolva abscesso esplênico, além de apresentar fatores de risco (como neoplasia, imunodeficiência, infarto esplênico ou diabetes mellitus), deve apresentar um sítio primário de infecção. Esse sítio pode ser adjacente ao baço, como uma coleção pancreática infectada, ou distante, como endocardite ou infecção intestinal (sendo que nesses casos o patógeno chega até o baço por via hematogênica). Os abscessos esplênicos podem ser únicos ou múltiplos, sendo que os segundos apresentam maior mortalidade. Em geral, os sintomas são febre e dor abdominal no hipocôndrio e flanco esquerdos. Além disso, pode haver hipersensibilidade em região costovertebral, dor torácica pleurítica, dor no ombro esquerdo, soluços (irritação do diafragma), distensão abdominal (esplenomegalia), derrame pleural e crepitações pulmonares à esquerda na ausculta. O caso relatado, apesar de apresentar um abscesso esplênico secundário a endocardite, que é a causa mais frequente para essa doença, mostra um paciente oligossintomático e com abscesso único, que é raro em abscessos esplênicos com essa procedência. Conclusão: O abscesso esplênico é uma afecção cujo quadro clínico é inespecífico. A suspeita ocorre sobretudo nos pacientes que apresentam fatores de risco. A intervenção precoce (drenagem cirúrgica ou guiada por radiologia) é capaz de reduzir sobremaneira a mortalidade.

Palavras-chave: abcesso esplênico; endocardite; esplenectomia

ID: 113221

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: João Gabriel Puton Moreira / Moreira, J. G. / Universidade Paranaense; Maria Julia Dacas Dacheux Do Nascimento / Nascimento, M. J. / Universidade Paranaense; Eliezer Ferreira da Silva / Silva, E. F. / Universidade Paranaense; Suelen Stefanoni Brandão / Brandão, S. S. / Universidade Paranaense; Fabio Eduardo Nunes Vieira / Vieira, F. E. / ; Flávio Augusto Paulatti Frederico / Frederico, F. A. / ; Fernando Eduardo Paulatti Frederico / Frederico, F. E. / ;

Título: RELATO DE CASO: SÍNDROME DE FOURNIER SECUNDÁRIA A NEOPLASIA DE RETO.

Introdução: A síndrome de Fournier (SF) é uma infecção polimicrobiana que evolui como uma fasceíte necrotizante acometendo região perineal, perianal e genital, podendo se estender para raiz da coxa, parede abdominal e retroperitônio1 2. A SF é uma doença extremamente rara que acomete 1,6 casos por 100.000 homens por ano, com idade média de 50,9 anos tendo uma proporção de homens para mulheres de 10:1, e se desenvolve frequentemente em pacientes imunocomprometidos, patologias colorretais, urogenitais, complicações pós-operatórias, uso de drogas intravenosas e trauma 2 3 4. A SF relacionada ao câncer retal é raro, entretanto, um fator de risco específico é a perfuração do câncer retal e consequente fistulização 5. A fisiopatologia compreende uma endarterite obliterante seguida de trombose vascular subcutânea e necrose de pele, tecido subcutâneo e circundante4. O quadro clínico apresenta-se com dor intensa, eritema e edema, até bolhas e escaras em região de bolsa escrotal e períneo, outras manifestações comuns são cianose, crepitação e secreção com forte odor fétido 1. Relato de caso: Paciente, masculino, 68 anos, previamente hígido. Admitido no pronto atendimento do Hospital Regional do Sudoeste, em Francisco Beltrão, PR, apresentando volume assimétrico, crepitação e enfisema subcutâneo em toda a extensão do membro inferior direito, concomitante a quadro sistêmico característico de septicemia. Paciente referiu dor de forte intensidade na região perianal há uma semana. Ao exame físico, apresentava-se: hipocorado 2+/4+; desidratado +/4+; febril (38,8ºC); hipotensão e taquicardia sinusal. Ao toque retal, apresentava área endurecida em reto médio. Aos exames laboratoriais, evidenciava-se, principalmente, leucocitose 29.000 com desvio à esquerda, PCR 483,0, ureia 239 mg/dL, creatinina 2,2 mg/dL. Realizado compensação clínica pré-operatória e protocolo de sepse. Encaminhado para abordagem cirúrgica escalonada, sendo primeiramente submetido a desbridamento, necrosectomia e fasciotomia em musculatura de coxa e perna sem fechamento primário. No dia seguinte, após cuidados da terapia intensiva, reabordado cirurgicamente, com procedimento de colostomia terminal temporária e nova necrosectomia com lavagem local. Durante os procedimentos cirúrgicos, evidenciou-se fistulização retoperineal. Após 9 dias do atendimento inicial, paciente apresentou melhora clínica satisfatória, com alta do serviço de urgência e encaminhamento para serviço de cirurgia plástica de Curitiba, devido a necessidade de extensa área de enxertia. Discussão: Por apresentar início agudo e rápida disseminação, tem alta morbimortalidade. O desbridamento cirúrgico inicial e o reconhecimento imediato são fatores importantes e que contribuem para melhor sobrevida do paciente 6,7. O procedimento de desbridamento consiste em retirar a parte necrótica até encontrar tecido saudável e sangramento normal 8. Fator fundamental para eliminar a evolução da infecção e promover a reação cicatricial.

Palavras-chave: Síndrome de Fournier; Desbridamento; Neoplasia

ID: 113411

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Junia / Carvalho, J. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Pedro de Souza Lucarelli Antunes / Lucarelli, P. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Bruno Henrique Nunes Hirata / Hirata, B. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Pedro Chiaramelli / Chiaramelli, P. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Henrique Cunha Mateus / Mateus, H. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo;

Título: ROTURA UTERINA: COMPLICAÇÃO RARA EM GESTANTE COM PANCREATITE AGUDA E PRÉ-ECLÂMPSIA

Introdução: A pancreatite aguda na gestação é uma afecção rara (1/1000) que ocorre principalmente no 3º trimestre enquanto a pré eclampsia abrange 3-5%. A incidência de rotura uterina pode variar de 1:585 partos a 1: 6.673. Quando concomitantes, apresentam-se como quadro de maior raridade e extrema relevância, sendo potencialmente fatais se não diagnosticadas e tratadas de forma adequada. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 30 anos, tabagista, antecendente de cesárea, 3º trimestre de gestação, foi admitida referindo dor abdominal em faixa irradiada para dorso há 12 horas. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral com ausência de sinais de peritonite e de contrações uterinas. Os exames laboratoriais apresentaram valores de amilase e lipase elevados e a ultrassonografia mostrou quadro de colelitíase. A idade gestacional foi medida pelo ultrassom, indicando 36 semanas e 2 dias. Devido ao quadro, a paciente foi internada. Evoluiu com hipertensão arterial, dor epigástrica, ausência de dinâmica uterina e de sofrimento fetal agudo. A pré eclampsia instaurada foi administrada com hidralazina e sulfato de magnésio. Registrou-se piora da dor abdominal, sinais de rotura uterina, sendo indicada a cirurgia de parto cesárea com histerectomia. A paciente manteve-se hemodinamicamente estável e o recém-nascido evoluiu em boas condições. Paciente e feto saíram do quadro de ameaça, recebendo alta para programar a colecistectomia ambulatorialmente. Discussão: A pancreatite aguda pode estar relacionada à doença do trato biliar, hipertrigliceridemia e consumo de álcool. A pré eclampsia associa-se a alterações microvasculares que comprometem as funções de vários órgãos, incluindo a glândula pancreática. Há associação com elevações nos níveis de mediadores inflamatórios ou hiperresponsividade a mediadores que podem contribuir com a inflamação do tecido pancreático, levando ao aparecimento ou agravamento da pancreatite aguda. A associação dessas afecções em gestante pode complicar o manejo da gestação, acarretando impactos materno fetais negativos. Um dos desfechos aqui relatado foi a rotura uterina que, apesar de associação fisiopatológica desconhecida com as afecções apresentadas previamente pela paciente, é uma complicação muito grave e de importante causa de morbimortalidade materna. O maior fator de risco para rotura é o antecedente de cesariana, fato que contribuiu para o relato descrito. Dessa forma, por ser uma raridade clínica, há poucos casos de pancreatite aguda na gravidez associados a quadro de pré eclampsia, rotura uterina e, consequente, trabalho de parto prematuro relatados na literatura. A manifestação dessas condições concomitantemente, ainda que de caráter fisiopatológico desconhecido - mas de notória morbimortalidade materno fetal - destaca a relevância em se conhecer as possíveis repercussões em casos graves e as condutas a serem realizadas, evitando desfechos desfavoráveis.

Palavras-chave: rotura uterina; pancreatite; pré-eclâmpsia

ID: 113476

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Thialla Dias Santos / Santos, T.D. / Estácio Alagoinhas; Caislane Maria Santos Morais / Morais, C.M.S / Estácio Alagoinhas; Natássia Lula de Oliveira / Oliveira, N.L. / Programa de Residência Cirurgia Geral, Faculdade de Medicina Estácio Alagoinhas; Leonardo Araujo Carneiro da Cunha / Cunha, L.A.C. / Estácio Alagoinhas; Jean Luiz Veloso Alves / Alves, J.L.A. / Hospital Regional Dantas Bião;

Título: SÍNDROME DO INTESTINO CURTO NO PÓS-OPERATÓRIO DE ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A isquemia mesentérica aguda (IAM) define-se como a perda súbita do suprimento em uma ou mais artérias do aparelho digestivo, levando à necrose intestinal e peritonite. Embora seja uma patologia incomum, responsável por apenas 1% das admissões hospitalares por dor abdominal aguda, a taxa de mortalidade pode chegar a 95%. Também, é a principal causa de peritonite em pacientes críticos, com indicação de ressecção intestinal de urgência, configurando uma emergência com alto risco de vida, cujo prognóstico depende do diagnóstico em tempo hábil. RELATO DE CASO: Trata-se de uma paciente admitida com relato de dor abdominal intensa associada a vômitos há 3 dias. Ao exame físico, apresentava-se taquicárdica, com abdome doloroso difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. Submetida a tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou estômago com grande quantidade de conteúdo liquido e gás. Volumosa distensão colônica, delgado com sinais de estase, além de halo hipodenso contornando a área cardíaca. A paciente foi submetida à laparatomia exploratória, com visualização de necrose das alças intestinais desde o intestino delgado ao cólon transverso . Realizado enterectomia subtotal (desde 10cm do ângulo de Treitz), colectomia parcial e jejunoanastomose termino-lateral. Esta, evoluiu com necessidade de duas reabordagens por deiscência de sutura e evisceração ao 47º e 80º DPO, respectivamente. Seguiu internada, em uso de nutrição parenteral total (NPT) devido a síndrome do intestino curto. Diante da melhora clínica e dispensabilidade de NPT, recebeu alta da cirurgia geral ao 80º DPO. DISCUSSÃO: A IAM é uma emergência, e em casos de suspeita de necrose intestinal, a intervenção cirúrgica imediata reduz mortalidade. No entanto, a taxa de mortalidade pós-operatória em curto prazo é de cerca de 40%. Além disso, complicações como a síndrome do intestino curto são comuns em pacientes submetidos a ressecção maciça do intestino delgado. Nota-se, portanto, a relevância do diagnóstico precoce, refletindo diretamente no desfecho clínico do paciente.

Palavras-chave: Abdome Agudo Isquêmico; Isquemia Mesentéria; Síndrome do Intestino Curto

ID: 113481

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maria Fernanda Brum Ribeiro / Ribeiro, M. F. B. / Hospital Geral de Itapevi; Maite Chrysostomo / Chrysostomo, M. / Hosital Geral de Itapevi; Caio Lorenção Zavaris / Zavaris, C. L. / Hosital Geral de Itapevi; Renato Catarino Pessoa Vieira Lima / Lima, R. C. P. V. / Hospital Geral de Itapevi; Erico Augusto Consoli / Consoli, E.A. / Hospital Geral de Itapevi; Heloisa Tezzoni Rodrigues Consoli / Consoli, H. T. R. / Hospital Geral de Itapevi;

Título: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OBSTRUÇÃO GASTROINTESTINAL POR TRICOBEZOAR.

Bezoar se refere ao acúmulo de substâncias estranhas não digeríveis, podendo ter diversas composições, sendo mais comuns cabelos (tricobezoar) e fibras vegetais (fitobezoar). Os tricobezoares são geralmente vistos em indivíduos com tricofagia, um distúrbio psiquiátrico. Como a tricofagia é a base da formação de tricobezoar, a recorrência é comum se o suporte psiquiátrico adequado não for fornecido, sendo necessário um seguimento multidisciplinar. Apresentamos o relato de caso de uma paciente com quadro obstrutivo por tricobezoar atendido no serviço de cirurgia geral do Hospital Geral de Itapevi em 2019. Paciente do sexo feminino, 16 anos, trazida ao serviço com relato de epigastralgia há 5 dias associada a náusea, vômitos e constipação intestinal. Negou patologias prévias, perda de apetite ou febre. Sem sintomas geniturinários. Apresentava, ao exame físico, abdome plano, flácido e doloroso a palpação de epigástrio e descompressão abdominal dolorosa. A paciente foi submetida a tomografia computadorizada de abdome superior e pelve com a administração endovenosa de contraste iodado que evidenciou acentuada distensão difusa de câmera gástrica e alças entéricas, com imagens ovaladas com aspecto de resíduo alimentar em câmera gástrica e segmento distal de alça ileal e conteúdo líquido e gasoso, formando níveis hidroaéreos nos demais segmentos entéricos, associação a transição para calibre normal em alça ileal distal na fossa ilíaca direita. Foi indicada abordagem cirúrgica com hipótese diagnóstica de obstrução intestinal por corpo estranho. Durante a intervenção cirúrgica foi identificado líquido livre inflamatório em moderada quantidade e corpo estranho intraluminal com obstrução do íleo a 2 metros da válvula ileocecal com importante dilatação do intestino delgado a montante, sem pontos de comprometimento vascular e sem perfuração; distensão gástrica com obstrução pilórica por corpo estranho intragástrico, sem pontos de comprometimento vascular ou perfuração. Realizado gastrotomia na parede anterior do corpo gástrico e retirada de tricobezoar de aproximadamente 20x10 cm e outro de 10x6 cm. Enterotomia a 2 metros da válvula ileocecal, retirado tricobezoar de aproximadamente 8x4 cm. Tricobezoar é uma doença rara que afeta quase exclusivamente mulheres jovens. O cabelo humano é resistente à digestão, bem como à peristalse devido à superfície lisa, levando ao acúmulo entre as dobras do estômago. Em alguns casos ele se estende através do piloro para o jejuno, íleo ou até mesmo o cólon. Diferentes opções terapêuticas foram empregadas para seu tratamento, como laparoscopia e endoscopia digestiva, porém o tratamento de escolha continua sendo a laparotomia convencional dependendo do local e tamanho do tricobezoar.

Palavras-chave: Obstrução; Tricobezoar

ID: 113163

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Murilo Brandimarte / Brandimarte, M. / IGESP; Hésio Vicente Juliano / Juliano, H. V. / IGESP; Caroline Daher Farat / Farat, C. D. / IGESP; Bruno Alcantara Manica / Manica, B. A. / IGESP; Luiz Paulo Vietti / Vietti, L. P. / IGESP; Leonardo Vaz Barros / Barros, L. V. / IGESP; Catherine Puliti Hermida Reigada / Reigada, C. P. H. / IGESP;

Título: TROMBOSE MESENTÉRICA E VACINAÇÃO CONTRA COVID-19: EXISTE RELAÇÃO? - RELATO DE CASO.

Introdução: A notória pandemia de COVID-19 pôde ser controlada através da vacinação, diminuindo drasticamente a mortalidade do vírus SARS-CoV-2; entretanto, não podemos ignorar os relatos de eventos tromboembólicos, principalmente com vacina de vetor recombinante, como a AstraZeneca. Pelos relatos até o momento observa-se que os pacientes abrem o quadro de trombose em até três semanas após a administração da vacina. A fisiopatologia para tal evento ainda é pouco explicada, porém sabemos que ocorre uma Trombocitopenia Trombótica Induzida por Vacinação (VITT), geralmente causando trombose em leitos infrequentes como o cerebral e o mesentérico. Relato de caso: Paciente masculino de 63 anos, deu entrada no pronto socorro de nosso serviço referindo que há quatorze dias, após a quarta dose de AstraZeneca, iniciou quadro de dor abdominal recorrente, com piora há quatro dias, associado a náuseas. Antecedente pessoal de trombose venosa profunda em membro inferior direito há 20 anos, após uma cirurgia ortopédica, que foi tratada à época sem complicações. Ao exame físico apresentava abdome doloroso profundamente em fossa ilíaca direita, sem peritonismo. Dentre os exames laboratoriais nos chamou atenção um lactato venoso de 20mmol/L e um D dímero de 1.700 ng/ml. Realizada tomografia de abdome com contraste endovenoso, que demonstrou múltiplas alças de íleo médio e distal apresentando aspecto edematoso, com redução de contraste parietal, associado à densificação difusa do mesentério adjacente. Houve falha de enchimento compatível com trombo nos ramos venosos ileocólicos direitos da veia mesentérica superior. Foi indicada laparotomia exploradora de urgência, com achado de 60cm de íleo isquêmico à 60 cm da válvula ileocecal. Presença de trombo em ramos ileais até veia ilecólica direita, sem evidência de oclusão total da veia mesentérica superior. Realizada enterectomia segmentar e enteroenteroanastomose latero-lateral isoperistáltica manual em dois planos. Paciente encaminhado à uti para cuidados intensivos e iniciado anticoagulação plena com heparina não fracionada. Recebeu alta no oitavo pós-operatório com anticoagulação oral e encaminhamento ao ambulatório de gastrocirurgia e hematologia para acompanhamento. Discussão: Apesar da importância inegável do esquema de vacinação contra a COVID-19, devemos colocar em discussão uma maior racionalização do uso de vacinas com evidente potencial trombogênico, principalmente quando estamos diante de pacientes que estão realizando doses complementares e que já possuem fatores de risco para eventos tromboembólicos. Devemos ficar atentos para casos de dores abdominais em pacientes que foram recentemente submetidos a vacinação com AstraZeneca. A isquemia intestinal muitas vezes se manifesta de maneira frusta ao exame físico e é necessário haver alto índice de suspeição para não atrasar o diagnóstico e comprometer viabilidade de alças, aumentando significativamente a morbimortalidade dos pacientes acometidos.

Palavras-chave: trombose mesentérica; vacina para COVID - 19; complicação de vacina

ID: 112936

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Leonardo Vaz Barros / Barros, L. V. / IGESP; Murilo Brandimarte / Brandimarte, M. / IGESP; Caroline Daher Farat / Farat, C. D. / IGESP; Bruno Alcantara Manica / Manica, B. A. / IGESP; Luiz Paulo Vietti / Vietti, L. P. / IGESP; Hésio Vicente Juliano / Juliano, H. V. / IGESP; Catherine Puliti Hermida Reigada / Reigada, C. P. H. / IGESP;

Título: VOLVO DE CÓLON TRANSVERSO: UMA CAUSA INCOMUM DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO - RELATO DE CASO

Introdução: Volvo é uma torção de parte do trato gastrintestinal ao longo de seu mesentério, potencialmente ocasionando obstrução luminal. Volvo colônico corresponde a terceira principal causa de obstrução de cólon em todo mundo, atrás do carcinoma e da diverticulite. O Volvo de cólon transverso corresponde à minoria dos casos, atrás dos conhecidos volvo de sigmoide e ceco. Fatores de risco incluem idade avançada, hiperperistalse, constipação crônica, doença psiquiátrica e cirurgia prévia. A abordagem cirúrgica é indicada pelos altos índices de recidiva no tratamento conservador e pelo risco de isquemia e perfuração intestinal. Relato de Caso: Este relato demonstra o caso de um paciente com abdome agudo obstrutivo por volvo de transverso que foi resolvido cirurgicamente. Trata-se de um paciente masculino, J.F, 83 anos, hipertenso, que deu entrada no pronto socorro de nosso serviço com epigastralgia e dor torácica à esquerda, associado a náuseas e vômitos com piora progressiva, além de ausência de eliminação de flatos e fezes há 5 dias. Ao exame físico apresentava hérnia incisional de cicatriz mediana de laparotomia prévia, tendo histórico pregresso de enterectomia por hérnia umbilical encarcerada. Foi solicitada tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou grande dilatação colônica com transição abrupta de calibre no cólon descendente em hipocôndrio esquerdo, com torção da alça e do mesentério adjacente, além de pneumoperitônio e pneumatose intestinal. Com base nesse quadro, foi indicada laparotomia de urgência com identificação de obstrução em alça fechada com intensa dilatação colônica secundária ao volvo em transição de cólon transverso e descendente, com isquemia e perfuração no local. Optado por colectomia total com ileostomia terminal. O estudo anatomopatológico demonstrou infarto isquêmico transmural do cólon. Após a cirurgia o paciente recebeu suporte intensivo por 2 dias e teve alta hospitalar sem intercorrências no décimo pós-operatório. Discussão: O volvo do cólon transverso e da flexão esplênica são raros, devido à sua relativa imobilidade, garantida pelos ligamentos frênico, gastro e esplenocólicos. A apresentação clínica típica é de um abdome agudo obstrutivo e a hipótese deve ser aventada nos casos de intensa dilatação colônica com dimunuição abrupta de calibre na região do hipocôndrio esquerdo. O tratamento cirúrgico deve ser instituído precocemente pelo risco de isquemia intestinal e outras complicações que aumentam a morbimortalidade do paciente.

Palavras-chave: volvo de cólon transverso; volvo colônico; abdome agudo obstrutivo

ID: 112617

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Naualy Cunha Alencar / ALENCAR, N.C / Hospital Municipal Carmino Caricchio; Hisashi Aoyagi / AOYAGI, H / Hospital Municipal Carmino Caricchio; Miguel Bonfitto / BONFITTO, MIGUEL / Hospital Municipal Carmino Caricchio; Autha Maria Mendes de Oliveira / OLIVEIRA, A.M.M / Hospital Municipal Carmino Caricchio; Gabriela Lima Valente Coelho / COELHO, G.L.V / Hospital Municipal Carmino Caricchio; Thiago Carrasco Oliveira / OLIVEIRA, T.C / Hospital Municipal Carmino Caricchio; Victor Capone Quintana / QUINTANA, V.C / Hospital Municipal Carmino Caricchio; Natallia Meira Gonsalez / GONSALEZ, N.M / Hospital Municipal Carmino Caricchio;

Título: ABDOME AGUDO COMO MANIFESTAÇÃO TARDIA DE ANOMALIA DO TRATO URINÁRIO

INTRODUÇÃO: A duplicação ureteral é uma anomalia congênita do trato urinário, mais prevalente no sexo feminino. Está presente em 0,8% da população, a maioria é incompleta. Quando completa, geralmente, obedece à Lei de Weigert Meyer: o ureter do polo superior do rim se insere mais medial e distal na bexiga em relação ao ureter que drena o polo inferior. O diagnóstico deve ser feito na infância, visto que à medida que o paciente se torna mais velho, maior possibilidade de tratamento mais agressivo. Dessa forma, o presente estudo, através de releitura de prontuário e exames, objetiva o relato e discussão desta patologia num contexto mais tardio, em um jovem de 17 anos, do sexo masculino, que teve como manifestação tardia um quadro de abdome agudo subocluído devido às grandes dimensões alcançadas pelo rim prejudicado pela anomalia do trato urinário que obedece à Lei de Weigert- Meyer de forma completa. RELATO DE CASO: Paciente, G.V 17 anos, deu entrada com quadro de intensa dor abdominal difusa intermitente há 30 dias com piora há uma semana, evoluindo com parada da eliminação de fezes, mantendo liberação de flatos. Negou vômitos, febre e alteração urinária. Negou cirurgias prévias. Relatou fazer uso irregular de anti-hipertensivos por picos pressóricos intermitentes. Exames laboratoriais sem alterações significativas. Na tomografia contrastada de abdome e pelve observou-se acentuada dilatação do sistema pielocalicoureteral direito, com importante tortuosidade. Parênquima renal direito afilado, com duplicidade ureteral. Optado por abordagem cirúrgica. No intra-operatório, visualizado rim hidronefrótico à direita, ocupando grande parte da cavidade abdominal, em íntimo contato com alças de cólon ascendente e transverso, presença de duplicidade ureteral. Massa renal bem vascularizada sem plano de clivagem de tecido viável, realizado nefroureterectomia a direita. Paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no 5º pós operatório. Anatomo-patológico: Rim direito difusamente dilatado que pesa 1945,0 gramas e mede 22,5x15,0x9,0 cm. Paredes difusamente adelgaçadas. Aspecto histológico favorecendo hidronefrose. Uréter com fibrose e esterose da luz DISCUSSÃO: Em vista da importância do diagnóstico precoce, ainda na infância, para devido tratamento, o caso acima citado ilustra que um diagnóstico tardio, traz prejuízos como os picos hipertensivos, alteração no hábito intestinal e necessidade de um tratamento cirúrgico mais radical. O tratamento dos pacientes sintomáticos é cirúrgico e influenciado pelo grau de anomalia e função renal. Ureteroureterostomia ou reimplante ureteral é a escolha para ureter ectópico com parênquima renal preservado. Já a nefroureterectomia parcial tem-se quando há uma ectopia ureteral com um mau funcionamento renal. No caso descrito, foi necessário realizar nefroureterectomia total por não haver plano de clivagem de parênquima renal e por suas características disfuncionais, consequência de ter sido diagnosticado já em fase adulta.

Palavras-chave: Duplicação ureteral completa; Lei de Weigert- Meyer; Abdome Agudo

ID: 113810

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bernardo Sachet de Andrade / Andrade, B. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Lucas Antonio Pereira Do Nascimento / Nascimento, L. A. P. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Vinicius Ramos Machado / Machado, V. R. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; João Jorge Saab Filho / Filho, J. J. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Matheus Vieira dos Santos / Santos, M. V. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Daniel Charret Diegues / Diegues, D. C. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Renato Panhoca / Panhoca, R. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Wagner Aparecido França / França, W. A. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE;

Título: ADENOCARCINOMA DE BEXIGA: DESCRIÇÃO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DE UMA RARA NEOPLASIA UROGENITAL

Introdução: O Adenocarcinoma de Bexiga (AB) é uma neoplasia rara, responsável por apenas 0.5% dos casos de câncer de bexiga. Possui predileção pelo sexo masculino e predomina na sexta e sétima década de vida. Sua fisiopatologia segue indefinida, mas sabe-se que esse tipo tumoral possui como marca células com formato glandular que se assemelham ao adenocarcinoma colônico e prostático de maneira que o diagnóstico só pode ser firmado após excluídos outros sítios. Os principais fatores de risco são: extrofia de bexiga, esquistossomose, cistite crônica e exposição a carcinogênos. Discute-se ainda se a cistite glandular representaria risco aumentado a malignidade tal qual é observado nas metaplasias intestinais. A manifestação clínica se dá por hematúria, mucosúria e sintomas irritativos, mas possui relação com a extensão e relação com estruturas adjacentes. Relato de Caso: Homem, 78 anos, hipertenso e sem vícios com diagnóstico prévio de adenocarcinoma de próstata, tratado com radioterapia há aproximadamente 15 anos, Queixava-se de hematúria, dificuldade miccional, afilamento do jato urinário. esvaziamento incompleto e noctúria. Descrevia progressão dos sintomas até que apresentou retenção urinária aguda com necessidade de sonda vesical de demora. Investigado com uretrocistografia, observando-se uretra posterior com contornos irregulares e afilamento em colo vesical. Complementou-se a investigação com uretroscopia, notando-se lesão vegetante em topografia de uretra prostática. Após biópsia, foi identificado adenocarcinoma de uretra, localmente avançado, mas sem lesão a distância. Foi submetido a uretrectomia proximal e citoprostatectomia com reconstrução em ureterostomia. Anatomia patológica confirmou diagnóstico prévio com padrão ductal e vilo-glandular com provável origem primária em bexiga urinária (pT4a). Evoluiu satisfatoriamente e encontra-se em vigência de quimioterapia junto a oncologia clínica do serviço. Discussão: O AB possui comportamento agressivo, sendo metastático em até 40% dos pacientes no momento do diagnóstico. Usualmente é unifocal e se desenvolve no trígono vesical e parede posterior. A maioria dos pacientes possui doença músculo-invasiva tornando a cistectomia com linfadenectomia pélvica o padrão de tratamento. A radioterapia pode ser considerada para pacientes sem status para a abordagem cirúrgica, mas sua eficácia não é conhecida pela raridade da doença. Pode-se aplicar terapias quimioterápicas baseadas em platina, usualmente usadas para tumores uroteliais, mas aparentemente essas drogas possuem menor impacto sobre o adenocarcinoma de bexiga. Neste relato observamos um paciente sem os fatores de risco clássicos para a doença, mas com exposição a radioterapia que evoluiu de maneira acelerada para uma forma obstrutiva da doença com comprometimento prostático e uretral. Dada a reduzida literatura sobre a instalação, apresentação e manejo da doença, faz-se interessante a exposição de casos semelhantes.

Palavras-chave: Adenocarcinoma; Bexiga; Urogenital

ID: 113415

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Maycow Douglas Arantes / Arantes, M. D. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; André Luiz Coelho Pereira / Pereira, A. L. C. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Mateus Henrique da Silva Faria / Faria, M.H.S. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Vinicius Costa Lopes / Lopes, V. C. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Bruno Vita Ricci / Ricci, V. R. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Anwar Fausto Felix Sabbag / Sabbath, A. F. F. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Jorge Adas Dib / Dib, J. A. / Hospital de Base de São José do Rio Preto; Sérgio Carvalho / Carvalho, S. / Hospital de Base de São José do Rio Preto;

Título: CÂNCER DE PÊNIS: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Introdução: Câncer de pênis é uma neoplasia rara, mas sua incidência aumenta em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e seu diagnóstico, na maioria das vezes, é tardio. O subtipo carcinoma espinocelular (CEC) representa 95% dos tumores penianos. Relatamos o caso de um paciente diagnosticado com CEC de pênis. Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 63 anos, procedente do interior da Paraíba, com antecedente de estenose uretral há 2 anos, com evolução para abscesso perineal e fístula urinária em uretra bulbar. Submetido a cistostomia em outro serviço após mudar-se para o estado de São Paulo. Chegou ao Hospital de Base de São José do Rio Preto com abscesso perineal. Constatada lesão que acometia todo o períneo, escroto e uretra bulbar. Biópsia evidenciou CEC de pênis. Exames de estadiamento não evidenciaram metástases à distância. Ressonância magnética (RM) de pelve evidenciou acometimento perineal difuso pelo tumor, infiltrando assoalho pélvico, próstata, raiz e corpo cavernoso do pênis e bolsa escrotal. Realizados preparo nutricional e fisioterapia pré-operatórios, pois o paciente apresentava-se com baixo performance status. Planejada ressecção cirúrgica em dois tempos. No primeiro tempo, foi realizada laparotomia exploradora, derivação intestinal (colostomia terminal) e derivação urinária (ureterossigmoidostomia) independentes entre si. No intervalo entre as duas cirurgias, o paciente faleceu em decorrência de evento cardiovascular. Discussão: Câncer de pênis é a lesão maligna que acomete a pele do corpo do pênis, o prepúcio ou a glande. É uma doença rara, com potencial devastador, mais incidente em locais como África, Ásia e América Latina, com incidência maior na quinta e sexta décadas de vida. Presença de fimose, infecção por HPV, prática de zoofilia, infecções sexualmente transmissíveis, múltiplos parceiros sexuais, má higiene, trauma peniano e tabagismo são fatores de risco. Pode apresentar-se como lesão ulcerada e infiltrativa, secretiva, com nodulações, fístulas e abscessos. A maioria dos casos é diagnosticada tardiamente. A biópsia de lesão peniana suspeita fornece o diagnóstico anatomopatológico. O estadiamento se dá por meio de RM de pelve, tomografias de abdome e tórax e exame físico. O tratamento varia de acordo com o estadio da doença e varia desde exérese local até cirurgias extensas e mutiladoras. O tratamento sistêmico envolve o uso de imunomoduladores e quimioterapia. Nosso paciente apresentava doença localmente avançada e a conduta cirúrgica proposta buscou desviar o trânsito intestinal e a via urinária para controle infeccioso e melhora de performance para o segundo tempo cirúrgico, de maior porte. A opção por ureterossigmoidostomia em detrimento de ureteroileostomia teve o intuito de evitar a confecção de anastomose intestinal em indivíduo extremamente debilitado.

Palavras-chave: Câncer de pênis; Estenose uretral; Ureterossigmoidostomia

ID: 113494

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Beatriz Milene de Oliveira Camargo / Camargo, B. M. O. / Universidade Anhembi Morumbi; Rafael Ehrenfreund / Ehrenfreund, R. / Hospital Militar da Área de São Paulo; Ricardo Luis Vita Nunes / Nunes, R. L. V. / Hospital Militar da Área de São Paulo; Rodrigo Perrella / Perrella, R. / Hospital Militar da Área de São Paulo;

Título: CISTO DERMÓIDE TESTICULAR: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Introdução: Tumores testiculares são incomuns e atingem principalmente a população infantil e jovem adulta. Os cistos dermóides testiculares são um tipo raro de teratoma, e sua incidência e etiologia são desconhecidas. Existem poucos relatos de casos similares a este na literatura. Caso clínico: Paciente masculino, 27 anos, procurou o serviço de Urologia do Hospital Militar da Área de São Paulo (HMASP), com queixa de aumento do volume testicular esquerdo há 2 semanas; negou traumas no passado e manifestava desejo de constituir prole. Negava antecedentes. Ao exame físico, pênis sem alterações, testiculo direito tópico e testiculo esquerdo aumentado de volume, de consistência fibroelástica, indolor. Os exames mostraram marcadores tumorais normais; o ultrassom de bolsa testicular mostrou testiculo esquerdo tópico, de dimensões aumentadas, ecotextura heterogênea, a custas de provável imagem nodular, apresentando focos ecogênicos em seu interior, sem fluxo ao doppler, com vascularização preservada ao Doppler colorido, medindo 4,1 X 5,5X 2,9 cm e vol 48 cm^3. A ressonância magnética da Bolsa Escrotal exibiu testiculo esquerdo aumentado devido a lesão bem definida, hipointensa em T1 e hiperintensa nas demais sequências, com leve captação de contraste, sem restrição a difusão, medindo 4,5 X 3,4 X 4. Foi indicada orquiectomia com implante de prótese por provável lesão maligna testicular, além de tomografia de tórax, abdome e pelve para avaliação complementar e encaminhamento para clínica de fertilização para congelação espermática (preservação de fertilidade). No pós operatório, o paciente retornou sem queixas, e o anatomopatológico mostrou cisto dermoide, sem sinais histológicos de malignidade. Discussão: O câncer testicular é mais frequente em homens jovens de 20 a 35 anos, e responsável por aproximadamente 1% de todas as neoplasias. O Cisto Dermóide do testículo possui uma história natural benigna e está entre 1-2% dos tumores testiculares. A maioria dos pacientes são adultos jovens entre a 2ª e a 4ª década de vida. Pacientes geralmente apresentam-se assintomáticos, com exceção à achado incidental de massa testicular fibrosa e dolorosa ao exame. Alguns pacientes queixam-se de aumento do volume escrotal, geralmente de rápida progressão. A avaliação ultrassonográfica é a modalidade imaginológica de escolha no início da investigação. Com outras modalidades radiológicas, como a Tomografia Computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética, é possível obter informações de acometimento local ou a distância. Contudo, a hipótese diagnóstica deve sempre ser confirmada pela análise anatomopatológica. O tratamento de todos tumores testiculares de células germinativas nos adultos é a orquiectomia, realizada mediante uma abordagem inguinal. Em pacientes portadores de Cisto Dermóide há controvérsia sobre a abordagem do retroperitônio, não havendo consenso sobre linfadenectomia retroperitoneal ou somente vigilância.

Palavras-chave: Cisto dermoide; Tumor testicular; Teratoma testicular

ID: 113372

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Alessandra Cunha Machado / MACHADO, A. C. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Antonio Carlos Tonelli de Toledo / TOLEDO, A. C. T. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Marina Cenachi Azedo de Oliveira / OLIVEIRA, M. C. A. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Lara Machado de Oliveira Brügger / BRUGGER, M. O. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Isabella Maria de Barros Valente / VALENTE, I. M. B. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Ariane Martins Villela / VILLELA, A. M. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Sâmara Souza Mendonça / MENDONÇA, S. S. / HPS - Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira; Fabiano Liborio Campos / CAMPOS, F. L. / HU-UFJF - Hospital Universitário da UFJF;

Título: COMPLICAÇÃO UROLÓGICA TARDIA PÓS TRAUMA POR ARMA DE FOGO: UM RELATO DE CASO.

INTRODUÇÃO: Lesões ureterais traumáticas são raras e ainda menos frequentes quando de caráter externo (não iatrogênico). Como manifestação clínica, se ocorrer extravasamento de urina para a cavidade peritoneal, pode haver peritonite, além de tumoração, febre e dor local. Apesar de o exame radiológico padrão-ouro para diagnóstico de lesão traumática ureteral ser a pielografia retrógrada, a tomografia computadorizada (TC) também permite a avaliação de lesões ureterais (15 a 20 minutos pós-contraste), sendo o método mais rápido e, portanto, preconizado para uso na emergência. RELATO DE CASO: Masculino, 23 anos, vítima de perfuração por arma de fogo em região abdominal, comparece à unidade hospitalar de pronto atendimento ao politraumatizado trazido pelo SAMU. Ao exame, orifício de entrada e saída visíveis, sinais clássicos de choque hipovolêmico. À TC de abdome total, é evidenciada hemorragia intra-abdominal (IAb). Realiza-se reposição volêmica concomitante à laparotomia exploratória de emergência, em que é encontrada a fonte hemorrágica e feita hemostasia dos vasos mesentéricos lesados; cirurgia cursa sem intercorrências (CSI). Paciente com boa evolução e sem queixas recebe alta hospitalar com orientações (AHCO). Um mês após intervenção, paciente procura o serviço com queixa de dor abdominal. Ao exame, sinais vitais normais; abdome globoso, submaciço, tenso e doloroso à palpação; função e volume urinários preservados. À TC, evidencia-se grande volume de líquido IAb, é infundido contraste para visualização de vias urinárias e feitas imagens tardias sem derramamento IAb. Indica-se paracentese ambulatorial diagnóstica, que drena cerca de 4 litros de urina com cultura negativa. Paciente é encaminhado para serviço de urologia, realiza-se cateterismo do ureter lesado por nefrostomia percutânea e diagnostica-se no intraoperatório lesão térmica ureteral direita, com cotos distando cerca de 3 centímetros; CSI. Paciente com boa evolução recebe AHCO; sem novas queixas após 2 meses da intervenção secundária. DISCUSSÃO: O caso em questão evidencia uma complicação tardia em que o diagnóstico de certeza é desafiador, visto que 1) apesar do longo período de lesão em curso, o paciente permaneceu com a função urinária pérvia; 2) embora a coleção de líquido tenha sido volumosa, o paciente manteve seus sinais vitais normais, apenas com queixa de dor moderada; 3) à TC contrastada não se obteve imagens sugestivas de extravasamento, afastando a hipótese de lesão das vias urinárias. Além disso, é difícil discernir se a lesão térmica ureteral foi causada pela trajetória do projétil ou secundária à intervenção. Apenas por meio de análise do líquido IAb foi possível fechar o diagnóstico e realizar o tratamento definitivo. Assim, tendo em vista que as lesões ureterais traumáticas são atípicas, o presente relato se mostra importante para o desenvolvimento e consolidação de abordagens terapêuticas que evitem a evolução dos pacientes para peritonite e sepse.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Urológicos; Lesão por Arma de Fogo; Transtornos de Início Tardio

ID: 113753

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lucas Zenni Salomão / SALOMÃO, L. Z. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO ; Alicia Arioli Mauro / MAURO, A. A. / CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ; Diego Gabriel Ribeiro Barbosa / BARBOSA, D. G. R. / CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ; Luís César Zaccaro da Silva / ZACCARO SILVA, L. C. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO; Vinicius Rodrigo de Fábio Lima / LIMA, V. R. F. / CENTRO UNIVERSITÁRIO BARÃO DE MAUÁ;

Título: DESAFIO PERIOPERATÓRIO NA NEFRECTOMIA PARCIAL POR NEOPLASA RENAL EM PORTADOR DE RIM ÚNICO: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

A preservação de néfrons é um dos principais desfechos almejados após tratamento oncológico para neoplasia renal localizada, tendo como parâmetros a medida da função renal. A nefrectomia parcial (NP) está associada à diminuição da incidência de doença renal crônica (DRC) quando comparada à técnica de nefrectomia radical (RN) e constitui o padrão ouro de tratamento para lesões renais em estágio inicial (cT1). O volume de parênquima preservado é o fator independente mais relevante na recuperação da função renal, o que torna a isquemia uma condição secundária, apesar de sua grande importância clínica. O desafio na condução perioperatória desses pacientes consiste na escolha da técnica cirúrgica utilizada, redução do tempo de isquemia, resultado oncológico com margens negativas, redução no tempo de hospitalização, progressão para doença renal crônica e mortalidade pós-operatória. O pós-operatório da nefrectomia parcial resulta em pequena diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) e variações anormais na isquemia quente e fria aparentemente não diminuem a função renal em longo prazo. O tumor renal está entre as neoplasias sólidas mais prevalentes nos Estados Unidos, sendo a maioria do subtipo células claras. O tratamento cirúrgico é a base para este tipo de tumor localizado. Apresentamos um relato de caso de nefrectomia parcial aberta em paciente portador de rim único que foi encaminhado ao serviço de urologia da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto por suspeita de lesão renal em rim único direito. No exame de tomografia computadorizada (TC) de abdome total com contraste confirmou-se lesão expansiva em polo inferior do rim direito de 4,6 x 3,8 cm em rim direito vicariante, agenesia renal esquerda e hérnia umbilical encarcerada. Foi indicada cirurgia de nefrectomia parcial direita aberta e herniorrafia umbilical. Na análise do anatomopatológico foi constatado carcinoma renal de células claras, que se arranja em nódulos expansivos e em formações císticas. Havia ausência de infiltração neoplásica da cápsula ou da gordura perirrenal. O resultado do estadiamento patológico foi pT1a, pNx e pMx e o estadio foi Grau 2 pelo sistema de graduação WHO/ISUP. No sexto dia pós-operatório o paciente recebeu alta hospitalar e seguiu acompanhamento no ambulatório de uro-oncologia. Conforme o estadiamento patológico e com o procedimento proposto, o seguimento tende a ter uma evolução favorável para o doente uma vez que tumores com margens positivas e estágios superiores à T2 são os preditores mais importantes de recorrência local em pacientes com rim único. Ou seja, o paciente relatado não possui margens positivas e estadio inferior a T2 (T1a) e não possui fator de risco para recorrência, no entanto, o laudo do anatomopatológico supracitado não pode descartar a presença de metástase e não foi possível descartar também a presença de linfonodos na TC com contraste. Não houve evidências de recidiva nos exames de seguimento.

Palavras-chave: NEFRECTOMIA PARCIAL ; NEOPLASIA RENAL ; RIM ÚNICO

ID: 113505

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Autha Maria Mendes de Oliveira / OLIVEIRA, A.M.M. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Hisashi Aoyagi / AOYAGI, H. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Miguel Bonfitto / BONFITTO, M. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Thiago Garcia Carrasco Oliveira / OLIVEIRA, T. G. C. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Daiane Ribeiro de Souza / SOUZA, D. R. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Naualy Cunha Alencar / ALENCAR, N. C. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Victor Capone Quintana / QUINTANA, V. C. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO; Gabriela Lima Valente Coelho / COELHO, G. L. V. / HOSPITAL MUNICIPAL DR CARMINO CARICCHIO;

Título: DISPOSITIVO INTRA-UTERINO ECTÓPICO INTRA-VESICAL

Introdução: Durante a inserção do dispositivo intrauterino (DIU) a perfuração uterina é relativamente comum, as variáveis para o sucesso do procedimento incluem: tipo de DIU a ser inserido, anatomia do útero da e experiência do médico executor. A perfuração uterina pelo dispositivo em segundo momento é uma complicação grave e rara, ocorrendo a cada 350 a 2.500 inserções. Relato de caso: Paciente 40 anos, com história de colocação de DIU há 16 anos. Relata ter iniciado anticoncepcional hormonal oral há 6 meses, por conta própria. Há 3 meses evolui com metrorragia, dispaurenia, dor abdominal periumbilical, disúria e parestesia em membro inferior esquerdo. Procura atendimento médico, recebendo diagnóstico de trombose venosa profunda (TVP) de veia tibial posterior esquerda, sendo tratada com rivaroxabana por 3 meses. Durante investigação de fator causal do quadro antagônico de sangramento e trombose, foi realizada ultrassonografia transvaginal (USGTV) que evidenciou DIU mal posicionado, com extremidade distal transfixando o útero e em íntimo contato com a bexiga. Paciente informa que acreditava que a retirada do DIU não era necessária pelo mesmo não ser mais eficaz. Encaminhada à ginecologia e submetida a histeroscopia que evidenciou DIU com haste e braço em fundo uterino, sem sinais de aderências ou fístulas, removido sem intercorrências. Acionada a urologia que realiza cistoscopia, durante a qual notou-se presença de haste calcificada com diâmetro aproximado em 4 cm, sem aderências, sinais de perfuração ou fístulas, optada pela programação de cistolitotomia em segundo tempo, realizada após quinze dias da primeira intervenção. No pós-operatório, paciente evolui bem, sem queixas, recebe alta no segundo dia pós-operatório. Discussão: Quando bem indicado, o DIU se trata de um excelente método contraceptivo, sua eficácia é estabelecida com uma redução em 20 vezes os riscos de uma gestação indesejada quando comparado com outros métodos contraceptivos. A perfuração uterina é uma complicação que pode ocorrer no momento da colocação do DIU ou posteriormente, os locais ectópicos são diversos (peritônio, cólon, apêndice, bexiga, trompas, etc). A sintomatologia acompanha esta diversidade, mudando a depender de onde o DIU se instalar. No caso do DIU intra-vesical, as principais manifestações clínicas são disúria, polaciúria, dor em baixo ventre e cistites de repetição; as complicações associadas à sua permanência ectópica podem variar entre litíase, fístulas, abscessos, perfuração, além da gravidez indesejada. O diagnóstico para esta condição se dá pela suspeição clínica através dos sintomas apresentados, associada a não visualização do fio do DIU na vagina e achados radiológicos compatíveis com este dispositivo fora do útero no caso exposto, foi realizada USGTV. Após realização do diagnóstico de DIU ectópico, a conduta consiste na sua retirada do local anômalo, no caso a bexiga, seguida de tratamento de alguma complicação que possa acompanhar o quadro.

Palavras-chave: DIU ECTÓPICO; DIU ESQUECIDO; DIU INTRA-VESICAL

ID: 113815

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: João Jorge Saab Filho / Filho, J. J. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Lucas Antonio Pereira Do Nascimento / Nascimento, L. A. P. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Vinicius Ramos Machado / Machado, V. R. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Bernardo Sachet de Andrade / Andrade, B. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Daniel Charret Diegues / Diegues, D. C. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Wagner Aparecido França / França, W. A. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Luis Augusto Seabra Rios / Rios, L. A. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Renato Panhoca / Panhoca, R. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE;

Título: DIVERTÍCULO DE URETRA EM PACIENTE MASCULINO: DESCRIÇÃO DA APRESENTAÇÃO DE UMA RARA AFECÇÃO UROLÓGICA

Introdução: O divertículo de uretra (DU) consiste em uma dilatação sacular contigua ao lúmen uretral. Em sua maioria, tal achado ocorre principalmente em mulheres dado ao mau suporte anatômico uretral. O DU no homem podem ser congênitos ou adquiridos (60- 90%), sendo estes decorrentes infecção, obstrução ou traumas (incluso iatrogenias). As consequências desta patologia ao homem comumente estão relacionadas a drenagem inadequada de urina,promovendo, infecções urinárias de repetição,cálculos, incontinência urinária e massa palpável em região peno-escrotal. O tratamento é baseado em procedimentos cirúrgicos, apresentando 3 opções que serão avaliados a depender do caso, sendo elas a exérese da lesão com reconstrução primaria, uretroplastia e técnicas endoscópicas. Relato de Caso: Homem, 89 anos, veio ao serviço por quadro de dor em pênis, infecção urinária de repetição e esforço miccional. Paciente submetido previamente á prostatectomia radical (PTR) e múltiplas abordagens para incontinência urinária desconhecidas, entre elas uso de esfíncter artificial em serviço externo. Em investigação, evidenciado divertículo de uretra peniana através de exame de imagem. Indicado correção cirúrgica, com identificação no intraoperatório de divertículo de grande monta com sinais flogísticos e estenose em topografia de PTR prévia. Realizado dissecção e posterior exérese de divertículo uretral com reconstrução do trânsito urinário através de uretrostomia em região perineal. Paciente evolui estável em pós operatório, apresentando alta hospitalar precoce. O mesmo após procedimento cirúrgico apresentou resolução total de quadros infecciosos de repetição e algia local, estando em seguimento ambulatorial desde então. Discussão: O diagnóstico do DU é baseado na suspeição clínica em conjunto de exames de imagem. Paciente com quadros de retenção urinária e com múltiplas abordagens prévias urológica devem ter tal diagnóstico aventado, sendo este complementado com exame físico e auxilio da radiologia. Entre os exames que podem ser solicitados temos a ultrassonografia, ressonância magnética e a uretrocistografia. Por fim, apesar de ser um diagnóstico raro, tal patologia sempre deve ser aventada em pacientes com histórico de abordagens cirúrgicas pélvicas previas e sintomas obstrutivos. A discussão de qual será a abordagem técnica dependerá da extensão da lesão e está deverá ser previamente discutida e estuda por equipe especializada.

Palavras-chave: Diverticulo; Uretra; Masculina

ID: 113758

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lucas Antonio Pereira Do Nascimento / Nascimento, L. A. P. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE; Matheus Sales Bezerra / Bezerra, M. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE; Matheus Vieira dos Santos / Santos, M. V. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE; Lucas Martinucci de Oliveira / Oliveira, L. M. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE; Mario Henrique Bueno Bavaresco / Bavaresco, M. H. B. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE; Renato Panhoca / Panhoca, R. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE; Wagner Aparecido França / França, W. A. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE; Luis Augusto Seabra Rios / Rios, L. A. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE;

Título: LEIOMIOSSARCOMA ASSOCIADO A ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA: UMA RARA APRESENTAÇÃO DE TUMOR SINCRÔNICO PROSTÁTICO

Introdução: Os sarcomas são tumores malignos raros que correspondem a 1% de todas as neoplasias identificadas em adultos. Possuem origem mesenquimal, podendo se diferenciar em diversos tipos tumorais. Apesar da grande diversidade histológica, costumam se desenvolver no retroperitônio, tendo a próstata como sítio primário em menos de 1% dos casos e representando menos de 0,1% das neoplasias que acometem a glândula. Além de incomuns, são tumores agressivos e relacionados a uma baixa sobrevida, mesmo quando abordados precocemente. Por sua baixa incidência o maior estudo envolvendo sarcomas de próstata tem uma amostra de apenas 41 pacientes. Essa escassez literária é ainda menor quando ocorrem de maneira sincrônica a outro tumor. Relato de Caso: Neste relato, apresentamos um paciente de 65 anos, diabético, sem antecedentes neoplásicos ou irradiação prévia, que durante rastreio para neoplasia de próstata foi diagnosticado com leiomiossarcoma comprometendo próstata, bexiga urinária e vesícula seminal esquerda. Após planejamento cirúrgico, foi submetido, em um único procedimento, a cistoprostatectomia radical com ressecção completa da lesão. Obtivemos margens cirúrgicas livres e confirmação anatomopatológica de tumores prostáticos independentes. Discussão: O tratamento dos sarcomas baseia-se na excisão cirúrgica, podendo haver complementação com radioterapia e quimioterapia. Alguns fatores se relacionam com o risco de recorrência da doença, como tamanho, nível de invasão, grau de diferenciação tumoral, mas o principal determinante é a presença de margens comprometidas. Dada a singularidade deste caso e a limitação de dados na literatura há importância em sua documentação afim de contribuir com o entendimento da apresentação e evolução de pacientes com esse tipo de neoplasia prostática.

Palavras-chave: Câncer; Próstata; Sarcoma

ID: 113428

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Matheus Franco Quadros Côrtes / Côrtes, M.F.Q. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Dan Perdiz Fucs Machado / Fucs, DPM / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Luíza Fonsêca Morais Soares / Soares, LFM / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Matheus Silva Flores / Flores, M.S. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Bruno Fucs Machado de Barros / Fucs, BMB / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); João Gabriel Correia Torres / Torres, JGC / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Lucas Teixeira Batista / Batista, LT / Hospital Cardiopulmonar (HCP); Rafael R Tourinho-barbosa / Tourinho-Barbosa, R. E. / Hospital Cardiopulmonar (HCP);

Título: MANEJO DA CALCIFICAÇÃO NA ANASTOMOSE VESICO-URETRAL PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL ROBÓTICA: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A calcificação na anastomose vesico-uretral (AVU) pós prostatectomia radical (PR) minimamente invasiva é um evento extremamente raro, que geralmente encontra-se associado à utilização de clipes de polímero para ligadura dos pedículos vasculares, por conta do risco de migração para o trato urinário. Com o intuito de diminuir a incidência dessa calcificação, é recomendado utilizar fios de sutura absorvíveis. O objetivo do trabalho é apresentar um relato de caso de um paciente com calcificação da AVU pós PR Robótica adjunto ao manejo clínico. RELATO DE CASO: Paciente sexo masculino, 66 anos, hipertenso, obeso, com histórico de nefrolitíase. Apresentava disfunção do trato urinário inferior (DTUI) pré-operatória, próstata de 50g à ultrassonografia, em uso de tansulosina. Foi diagnosticado com adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (3+4), PSA inicial de 9,1 ng/ml. Foi submetido a PR robótica com recuperação da continência urinária em 30 dias. Após 3 meses, cursou com quadro de disúria, polaciúria, noctúria e episódios de incontinência urinária. Controle oncológico adequado com PSA de 0,01 ng/ml no seguimento inicial de 6 semanas e posteriormente com 3 meses. Sumário de urina com eritrocitúria, sem leucocitúria. Urocultura negativa. Cálcio e citrato normais de acordo com os parâmetros de referência e ácido úrico 7,9 mg/dL. Ultrassonografia de abdome inferior sem alterações. À cistoscopia foi identificado grande quantidade de cálculos em AVU. Foi realizado fragmentação endoscópica completa com fibras de laser, sem identificação de clipes de polímero e com resolução dos sintomas vesicais. No seguimento de 2 meses, paciente apresentou recidiva dos sintomas. Em nova cistoscopia, foi observada novamente a existência de cálculos em AVU. Após novo tratamento endoscópico, paciente se encontra assintomático com 1 ano e 6 meses de seguimento. DISCUSSÃO: A migração de clipes de polímero é a causa mais frequente de calcificação da AVU. A formação de cálculo vesical em decorrência de suturas absorvíveis é extremamente incomum e ocorre, em média, após 3 anos depois da PR (R Cursio et al.). Diante do quadro clínico do paciente e da presença de urina estéril pós PR, a calcificação da AVU deve ser considerada dentre as hipóteses diagnósticas.

Palavras-chave: Neoplasias da Próstata; Prostatectomia; Anastomose cirúrgica

ID: 113423

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Samuel Roque Alves / Alves, S. R. / UNIFESP; Giovani de Oliveira Sousa / Sousa, G. O. / UNIFESP; Wagner Gomes da Nóbrega Silva / Silva, W.G.N. / UNIFESP; Fauze Camargo Maluf / ; Maluf, F.C. / UNIFESP; Breno Calandrini de Azevedo / Azevedo, B.C. / UNIFESP; Mateus Menezes dos Santos / Santos, M. N. / UNIFESP; Milton Scalabrini / Scalabrini, M. / UNIFESP; Frederico Teixeira Barbosa / Barbosa, F. T. / UNIFESP;

Título: OBSTRUÇÃO URETERAL BILATERAL E SUBOCLUSÃO INTESTINAL SECUNDÁRIOS A FECALOMA: RELATO DE CASO

Introdução: Constipação é condição prevalente no mundo ocidental, sobretudo na população geriátrica, cuja causa envolve associação de imobilidade, comorbidades, dieta inadequada, medicamentos de uso contínuo, dentre outros. Complicações a curto e longo prazo são bem conhecidas: íleo paralítico, megacólon, obstrução, perfuração e prolapso retal. Obstrução do trato urinário é rara complicação. Apresentamos caso de paciente idosa com diagnóstico de fecaloma gigante com compressão extrínseca das junções ureterovesicais e suboclusão intestinal. Relato De Caso: Este relato foi realizado em hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com SCARE Guideline 2020 e com consentimento da paciente. Mulher, 63 anos, parda, acamada devido a acidente vascular cerebral, procurou serviço de emergência queixando-se de diminuição da aceitação alimentar há 4 dias e distensão abdominal, náuseas e vômitos escurecidos, sem febre ou alteração do padrão urinário. Relatava última evacuação no dia da admissão hospitalar pela manhã. Ao exame físico, estava hemodinamicamente estável, com abdome globoso, tenso, indolor à palpação e toque retal com grande quantidade de fezes amolecidas. Nos exames laboratoriais, notava-se função renal preservada (creatinina 0,5 mg/dL) e aumento da proteína C reativa (66 mg/L). Realizada tomografia computadorizada de abdome que revelou acentuada dilatação de alças intestinais com grande quantidade de conteúdo fecal na porção retossigmoidea, com diâmetro de 10 cm. O conteúdo fecal provocava hidronefrose bilateral por compressão extrínseca das junções ureterovesicais. Iniciou-se tratamento com jejum, passagem de sonda nasogástrica e enteroclisma. Paciente evoluiu com 5 episódios de evacuação e, na radiografia abdominal e tomografia de controle, notou-se redução da distensão intestinal, do conteúdo fecal e melhora da hidronefrose. Recebeu alta após 2 dias de internação hospitalar. Discussão: Trata-se de caso raro de suboclusão intestinal e ureteral por fecaloma gigante, com resolução após enteroclisma. Fecaloma é uma massa de fezes frequentemente notada no reto e sigmoide, considerada uma forma extrema de impactação fecal. Essa massa fecal pode ser causada por doença de Hirschsprung, cirurgias intestinais prévias, malformações anorretais e constipação crônica. Das condições associadas à constipação, a paciente apresentava doença cerebrovascular e imobilidade. Na literatura, há relatos de fecalomas cursando com diversas complicações, porém obstrução ureteral é raramente descrita. No caso descrito, obteve-se desfecho favorável, devendo-se considerar fecaloma como diagnóstico diferencial de obstrução do trato urinário em população de alto risco. A maioria dos fecalomas são passíveis de desimpactação com medidas não-operatórias, mas alguns casos necessitarão de abordagem cirúrgica, sobretudo nos associados a doença colônica.

Palavras-chave: Obstrução Ureteral; Suboclusão Intestinal; Fecaloma

ID: 113109

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: André Cláudio Rocha / Rocha, A. C. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Gabriela Oliveira Bagano / Bagano, G. O. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Lucas Zenni Salomão / Salomão, L. Z. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Paloma Menezes de Souza / Souza, P. M. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Matheus Neres Silva / Silva, M. N. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; Vinicius Rodrigo de Fabio Lima / Lima, V. R. F. / Centro Universitário da Barão de Mauá; Diego Gabriel Ribeiro Barbosa / Barbosa, D. G. R. / Centro Universitário da Barão de Mauá; Luis Cesar Zaccaro da Silva / Zaccaro Silva, L.C. / Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto;

Título: PIELONEFRITE ENFISEMATOSA BILATERAL COM DESFECHO FAVORÁVEL APÓS TRATAMENTO CLÍNICO CONSERVADOR: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A Pielonefrite Enfisematosa (PE) consiste em uma rara complicação necrotizante secundária a infecção do parênquima renal com elevada mortalidade e acometimento geralmente unilateral, apresentando-se bilateralmente apenas em 5% a 10% dos casos. Costuma estar associada a Uropatia Obstrutiva e Diabetes Mellitus e tem como exame diagnóstico padrão-ouro a Tomografia Computadorizada, demandando tratamento clínico intensivo e, na maioria dos casos, abordagem cirúrgica. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de PE com desfecho favorável apenas com tratamento clínico conservador pautado em cuidado intensivo e antibioticoterapia. RELATO DE CASO: Paciente, 66 anos, sexo feminino, portadora de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Doença Renal Crônica (DRC) e Hipotireoidismo, admitida estável hemodinamicamente com sintomas persistentes de disúria, polaciúria e febre caracterizando cistite complicada já com tratamento ambulatorial estabelecido com Amoxicilina + Clavulanato. Paciente foi internada, realizada analgesia, iniciado Piperacilina + Tazobactam guiado por urocultura prévia e submetida a exames laboratoriais que evidenciaram alteração da função renal (Cr de 2,9 e Ur de 97), elevação de PCR, mas leucograma normal. Optado por realizar tomografia de abdome total sem contraste que identificou padrão de pielonefrite enfisematosa bilateral (estágio IV segundo classificação radiológica de Huang e Tseng) com acometimento até bexiga (cistite enfisematosa), sem uropatia obstrutiva. Após cuidados iniciais, devido a estabilidade clínica da paciente, foi optado por tratamento conservador com cuidados intensivos associado a antibioticoterapia, sendo o exame tomográfico de controle após semanas compatível com resolução completa do quadro. DISCUSSÃO: Os dados clínicos observados nesse caso entram em consonância com a literatura, pois se trata de uma paciente do sexo feminino, logo após a 5ª década de vida, apresentando DM2, porém sem Uropatia Obstrutiva. Apesar de rara, a PE deve sempre ser lembrada como diagnóstico diferencial em casos de Pielonefrite Aguda, principalmente na presença de fatores de risco como DM2 e Uropatia Obstrutiva, pois o retardo de seu diagnóstico e tratamento é potencialmente fatal. Dados da literatura demonstram que a abordagem cirúrgica geralmente é necessária para resolução completa do caso. Em contrapartida, os avanços na área de terapia intensiva e manejo do doente crítico permitem a condução e tratamento clínico de alguns casos selecionados com sucesso terapêutico, como neste caso.

Palavras-chave: Pielonefrite Enfisematosa; Cuidados Intensivos; Urologia

ID: 113823

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Vinicius Ramos Machado / Machado, V. R. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Lucas Antonio Pereira Do Nascimento / Nascimento, L. A. P. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; João Jorge Saab Filho / Filho, J. J. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Bernardo Sachet de Andrade / Andrade, B. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Renato Meirelles Mariano da Costa Junior / Junior, R. M. M. C. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Renato Panhoca / Panhoca. R. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Wagner Aparecido Franca / França. W. A. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Luis Augusto Seabra Rios / Rios, L. A. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE;

Título: PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA: UM RELATO DE CASO INCOMUM DE PACIENTE SUBMETIDA A NEFRECTOMIA ABERTA

Introdução: A pielonefrite xantogranulomatosa é uma condição incomum de dano crônico e granulomatoso ao parênquima renal e se associa a obstrução prolongada do trato urinário e infecção. Compreende até 1% dos casos de pielonefrite crônica. O tratamento inclui antibioticoterapia e drenagem do abscesso renal seguido de nefrectomia como terapêutica definitiva. Relato de Caso: Paciente, 65 anos, sexo feminino, sem história prévia de internações apresentou-se ao Pronto Socorro em março/22 com história de dor em região lombar esquerda há 3 semanas associado a febre e redução do débito urinário. Na admissão apresentava disfunção renal aguda e elevação de marcadores inflamatórios séricos. À tomografia, havia acentuado retardo da excreção do contraste no rim esquerdo associado a afilamento cortical e coleção perirrenal com fistulização para parede lombar de volume estimado de 159ml; o rim direito não apresentava alterações. A cultura de urina foi positiva para Escherichia coli. A paciente foi submetida a nefrostomia de urgência em centro cirúrgico com drenagem de abscesso lombar, a cultura do aspirado foi negativa. Recebeu alta no 5º pós operatório (PO) com nefrostomia após melhora clínica e do quadro laboratorial, e encaminhada ao ambulatório para programação cirúrgica definitiva. Retornou 2 meses após o episódio inicial com saída de secreção purulenta pela nefrostomia, mas sem queda do estado geral. Optado por submetê-la a nefrectomia aberta retroperitoneal nesta internação. Foi encaminhada no pós-operatório imediato à UTI para vigilância clínica, mas não necessitou de hemotransfusão ou uso de drogas vasoativas durante estadia no setor. Iniciou seguimento junto com a nefrologia, recebendo alta no 10º PO. Discussão: A pielonefrite xantugranulomatosa se associa a dano renal progressivo com perda tecidual e de função. A doença tem ampla manifestação, variando desde casos incidentalmente diagnosticados a pacientes significativamente mórbidos. A maior parte dos casos é tratada por meio de nefrectomia: a técnica aberta tem sido tradicionalmente utilizada devido a condição inflamatória local com perda dos planos cirúrgicos. A abordagem laparoscópica era um método incipiente na década de 1990; o ganho de experiência de cirurgiões neste método tem possibilitado este tipo de abordagem cirúrgica em casos selecionados, considerando altas taxas de conversão em até 50% dos casos em algumas séries de estudos. A escolha pela abordagem aberta envolve a familiaridade do cirurgião com a técnica bem como a dificuldade presumida pelo grau de inflamação local. O dados na literatura são escassos quanto ao tratamento intervalado: abordagem cirúrgica na vigência de inflamação versus tratamento clínico seguido de abordagem cirúrgica.

Palavras-chave: Pielonefrite; Xantogranulomatosa; Infeção Urinária

ID: 113365

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Ariane Martins Villela / VILLELA, A. M. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Lucas de Oliveira Ramos / RAMOS, L. O. / HU-UFJF - Hospital Universitário da UFJF; Lara Machado de Oliveira Brügger / BRUGGER, L. M. O. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Isabella Maria Barros Valente / VALENTE, I. M. B. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Marina Cenachi Azedo de Oliveira / OLIVEIRA, M. C. A. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Alessandra Cunha Machado / MACHADO, A. C. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Laura Valmon Oliveira / OLIVEIRA, L. V. / Universidade Federal de Juiz de Fora; Humberto Elias Lopes / LOPES, H. E. / HU-UFJF - Hospital Universitário da UFJF;

Título: RABDOMIOSSARCOMA DE TESTÍCULO: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: As neoplasias de testículo representam 1% a 1,5% dos tumores malignos do sexo masculino, sendo 95% dos casos tumores de células germinativas (TCG) e 5% tumores estromais gonadais e mistos não específicos. O TCG representa o tumor sólido que mais acomete jovens do sexo masculino entre 15 e 45 anos de idade. A ocorrência de tumores testiculares em crianças e adolescentes é rara (0,5 a 2/100 mil), sendo os tumores de saco vitelino e teratomas os subtipos mais encontrados. Após a puberdade, o carcinoma embrionário torna-se o subtipo mais comum. RELATO DE CASO: Paciente masculino, 16 anos, com aumento indolor/progressivo do testículo esquerdo e visibilidade do cordão inguinal ipsilateral há três meses. Ao doppler escrotal é evidenciada imagem expansiva heterogênea com discreta vascularização de grande volume (10, 1x7, 5x5, 9cm); e marcadores tumorais AFP, LDH e BHCG sem alterações. À tomografia computadorizada (TC) de abdômen total, são reveladas múltiplas linfonodomegalias retroperitoneais, sugerindo implantes secundários. À TC de tórax, é visto volumoso derrame pleural em todo hemitórax direito, com colapso pulmonar e desvio contralateral das estruturas mediastinais; presença de múltiplas massas pleurais em aspecto de implantes secundários; e nódulos sólidos secundários pulmonares. Paciente submetido a orquiectomia unilateral esquerda com ligadura alta do cordão, cujos achados operatórios foram de extensa massa e infiltração tumoral em toda extensão de cordão inguinal; sem complicações perioperatórias. Ao anatomopatológico, é sugerido diagnóstico de sarcoma de alto grau de escore 3, segundo a French Federation of Cancer Center Sarcoma Group (FNCLCC), e solicitada complementação imuno-histoquímica, que diagnosticou rabdomiossarcoma (RBS) embrionário. Após a confirmação diagnóstica, o paciente é transferido para tratamento adjuvante em serviço de oncologia pediátrica; evolução desfavorável com óbito 3 semanas após intervenção cirúrgica. DISCUSSÃO: Os TCG geralmente apresentam bom prognóstico, tendo a ressecção completa do tumor correlação direta. A taxa de recorrência do tumor é alta, com pico de incidência de dois anos após tratamento cirúrgico, mas possui boa resposta quimioterápica. Segundo a literatura, existem poucos casos de RBS testicular, resultando na ausência de protocolo de tratamento. O caso em questão se trata de tumor raro de alto grau com distintos sítios de metástase, incluindo pleuro-pulmonar, o que torna a doença ainda mais agressiva e contribui para o mau prognóstico. A necessidade de mais relatos científicos de casos raros na literatura é essencial para desenvolvimento de novos tratamentos e abordagens terapêuticas para aumentar a sobrevida e a taxa de anos vividos com qualidade dos pacientes.

Palavras-chave: Rabdomiossarcoma; Neoplasia Testicular; Sarcoma Pediátrico

ID: 113477

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Carolina Matielo e Lucas / Lucas, C. M. / PUC-SP; Pedro Henrique Martins de Oliveira / de Oliveira, P. H. M. / PUC-SP; Guilherme Ricardo Nunes da Silva / da Siva, G. R. N. / PUC-SP; Antonio Alberto Ramos Argento / Argento, A. A. R. / PUC-SP; Otavio Soriano Teruel Pagamisse / Pagamisse, O. S. T. / PUC-SP; Jose Lucas Rodrigues Salgueiro / Salgueiro, J. L. R. / PUC-SP; Brunno Cezar Framil Sanches / Sanches, B. C. F. / PUC-SP;

Título: REFLUXO VESICOURETERAL: CONSEQUÊNCIAS DA PERDA DE SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Introdução: O refluxo vesicoureteral (RVU) consiste no retorno anormal de urina da bexiga para o trato urinário superior. Os pacientes acometidos pelo RVU possuem maior chance de desenvolvimento de pielonefrite, com maiores chances de desenvolverem lesão renal permanente. O RVU costuma ser assintomático, entretanto, quando sintomático, seu quadro clínico se relaciona a presença de sintomas de infecção do trato urinário (ITU) e pielonefrite. A uretrocistografia miccional é considerada o exame padrão ouro para o diagnóstico do RVU, bem como para avaliação quanto ao grau de refluxo. O tratamento do RVU tem como fundamento a prevenção de lesão renal, que pode ser obtida por tratamento clínico ou cirúrgico, a depender do caso. O objetivo deste relato é destacar a importância do diagnóstico precoce do refluxo vesicoureteral, assim como evidenciar as implicações relacionadas ao RVU sem seguimento. Relato de caso: HGSS, 10 anos, sexo masculino, natural e procedente de Cerquilho, nascido a termo, sem intercorrências durante a gestação, sem alterações em ultrassonografia obstétrica, com ITU de repetição desde o primeiro ano de idade, sem seguimento. Aos 4 anos de idade, após internação por ITU em quadro febril, recebeu diagnóstico de RVU grau V à direita, 11,7% de função do rim direito. No momento atual nega disúria, polaciúria, incontinência urinária, alteração na coloração e no odor da urina, nega constipação e vômitos. Ao exame físico: paciente em bom estado geral, corado e hidratado, afebril e sem dor nos flancos (sinal de Giordano negativo). Os exames atuais do paciente demonstram RVU grau V a direita, rim direito atrófico com déficit da função tubular em grau acentuado (função do rim direito: 10,22%) e alterações focais compatíveis com sequela de pielonefrite e redução de função, hidronefrose à direita e dilatação de ureter. Exames laboratoriais: creatinina 0,6, ureia 25 e demais sem alterações. Discussão: Ainda que a associação entre RVU e ITU seja motivo de controversas, observa-se no caso que desde o primeiro ano de vida o paciente apresentou infecções do trato urinário de repetição até que, aos 4 anos de idade, recebeu o diagnóstico de refluxo vesicoureteral. Pode-se dizer que a avaliação complementar para identificação de possível alteração predisponente à ITU recorrente foi tardia e culminou em danos irreversíveis provocados pela ausência de intervenção precoce. O caso em questão levanta a importância da criação de normas de orientação clínica sobre o refluxo vesicoureteral, a fim de evitar as implicações associadas à doença a outros pacientes.

Palavras-chave: Refluxo vesicoureteral; Pielonefrite; Lesão renal

ID: 113759

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lucas Antonio Pereira Do Nascimento / Nascimento, L. A. P. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Matheus Vieira dos Santos / Santos, M. V. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Matheus Sales Bezerra / Bezerra, M. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Daniel Charret Diegues / Diegues, D. C. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Francisco Henrique Cavalli Marconato / Marconato, F. H. C. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Wagner Aparecido França / França, W. A. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Luis Augusto Seabra Rios / Rios, L. A. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Renato Panhoca / Panhoca, R. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE;

Título: RELATO DE TRATAMENTO ENDOSCÓPICO AMPLO PARA ESTENOSE DE ANASTOMOSE VESICOURETRAL PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROTÔMICA

Introdução: Atualmente a prostatectomia é o principal tratamento para adenocarcinomas prostáticos localizados e apesar do contínuo desenvolvimento técnico e tecnológico pode cursar com algumas complicações. Entre esses desfechos, a estenose de anastomose vesicouretral segue como uma significativa complicação relacionada a técnica, possuindo uma incidência que varia de 5 a 30%. Quando presente, é responsável por um importante comprometimento da qualidade de vida dos pacientes. Apesar de ainda não estar completamente elucidada alguns fatores apresentam relação com a patogênese dessa complicação, sendo os mais observados idade, peso, radioterapia e ressecção prostática transuretral prévia, estágio tumoral avançado, tabagismo e sangramento no ato cirúrgico. Neste artigo documentamos o resultado efetivo por meio de uretrotomia interna ampla (três incisões, as 3, 9 e 12 horas) seguidos da administração de corticoesteroide. Além disso, comparamos o desfecho observado com resultados documentados pela técnica rotineiramente utilizada (uma incisão, as 12 horas). Relato de Caso: Paciente, 63 anos, hipertenso e ansioso, encaminhado de serviço externo com diagnóstico de adenocarcinoma de próstata Gleason 6 (3+3) em 6 das 12 amostras coletada com comprometimento até 55% e PSA inicial de 4,56. Após investigação, foi submetido a prostatectomia radical. Após 4 meses, evoluiu com afilamento do jato urinário, hesitação pré-miccional e esvaziamento vesical mediante micção prolongada. Realizada propedêutica com identificação de estenose de anastomose vesicouretral, sendo optado por Uretrotomia Interna com incisões as 3, 9 e 12 e injeção de triancinolona. Recebeu alta no primeiro dia após a cirurgia, sem uso de sonda vesical de demora e com resolução do padrão miccional. Durante todo seguimento ambulatorial, manteve-se sem padrão miccional obstrutivo, mas evoluiu com incontinência urinária, realizando implantação de esfíncter urinário artificial com compensação do quadro. Discussão: A uretrotomia interna é rotineiramente realizada com incisão as 12 horas, evitando-se a posição das 6 horas. As taxas de sucesso com um único procedimento variam, entre 44 a 82% e as reestenoses tendem a ocorrer em até 6 meses. Mediante a repetição da terapia, pode-se atingir sucesso completo no tratamento. Entretanto, quanto maior o número de procedimentos realizados, maior é a chance de evolução com incontinência urinária, a principal complicação relacionada ao procedimento, possuindo incidência de até 70%, mas que é passível de tratamento cirúrgico e representa um menor comprometimento da qualidade de vida do paciente. Não há na literatura dados sólidos sobre o tratamento por uretrotomia interna ampla, mas acredita-se que possa ser promissor, uma vez que aliando-se ressecções seguras com o efeito antiinflamatório, obtido pelo corticoide, pode-se atingir a pervidade uretral com maior sucesso e menor número de procedimentos cirúrgicos.

Palavras-chave: Estenose; Uretra; Prostatectomia

ID: 113421

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Juliana de Medeiros Sacchi Scavone / Scavone, J. M. S. / Hospital Regional de Cotia; Gabriela Portal Monteiro / Monteiro, G. P. / Hospital Regional de Cotia; Mayla Luri Oshiro, / Oshiro, M. L. / Hospital Regional de Cotia; Nathalí Tanzi Ulman de Olveira / Oliveria, N. T. U. / Hospital Regional de Cotia; Leonardo Szpiz Do Nascimento / Nascimento, L. S. / Hospital Regional de Cotia;

Título: ROTURA DE FÓRNICE RENAL DEVIDO A URETEROLITÍASE RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO A ureterolitíase é uma condição frequente, configurando grande causa de atendimento em serviços de urgência e emergência. Uma possível complicação desta patologia é a rotura de fórnice renal, condição relativamente rara e pouco estudada. Sua principal causa é a ureterolitíase obstrutiva, porém existem outras causas descritas, tais como doenças malignas, deformidades urinárias, doenças vasculares, além de iatrogenia e causas idiopáticas. Apresenta-se com extravasamento perirrenal a partir da via urinária, muitas vezes associada à obstrução a jusante. RELATO DO CASO Paciente masculino, 49 anos, procurou a emergência médica com quadro de dor em cólica, de forte intensidade e início súbito, em região lombar esquerda com irradiação para região inguinal esquerda e escrotal há 2 dias. Referia associado ao quadro, episódios de náuseas e vômitos. Sem febre ou queixas urinárias. Encontrava-se em bom estado geral, porém o abdome era distendido,com dor à palpação em flanco esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal. Sinal de Giordano era positivo à esquerda. Submetido a exames laboratoriais evidenciando leucocitose de 13.2 mil leucócitos/mm³, creatinina de 2 mg/dL e proteína C reativa de 218,2 mg/L. Exame de urina sem alterações significativas e tomografia de abdome e pelve identificava cálculo de 5 mm em junção uretero vesical à esquerda, com moderada dilatação a montante e borramento perirrenal, com extravasamento de contraste em região de fórnice renal esquerdo. Optou-se por início de antibioticoterapia empírica e após dois dias de internação, paciente evoluiu com melhora de função renal e de sinais infecciosos. Realizou tomografia de controle sem evidências de cálculos, dispensando-se terapia expulsiva. DISCUSSÃO A rotura de fórnice real apresenta-se com extravasamento perirrenal a partir da via urinária, muitas vezes associada à obstrução a jusante. Seu diagnóstico é um desafio devido à semelhança na apresentação clínica da ureterolitíase, sendo muitas vezes um achado radiológico. Uma das teorias acerca de sua fisiopatologia é baseada na lei de Laplace, que consiste em uma descompensação entre a força tênsil da parede do ureter e a pressão do sistema coletor, conforme ele se torna mais dilatado, resultando em rotura precoce do sistema. Estudos relataram que a maioria dos casos de rotura tiveram como causa cálculos em ureter distal, com diâmetro médio de 5,1mm como no relato de caso apresentado. Ainda não há consenso na literatura quanto ao seu manejo, no entanto, há estudos que comprovaram a segurança do tratamento conservador, com uso de antibioticoterapia empírica em caso de sinais infecciosos, para evitar complicações como abscessos e urosepse, adotando os mesmos critérios de tratamento de ureterolitíase sem rotura. O relato de caso coincidiu com a maioria dos existentes em relação a epidemiologia e etiologia, com boa resposta ao tratamento conservador.

Palavras-chave: Rotura de Fórnice Renal; ureterolitíase; Via Urinária

ID: 113466

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Bruna de Sá Barreto Pontes / Pontes, B.S.B. / Escola Paulista de Medicina; Larissa Yukari Tozaki Tamada / Tamada, L.Y.T. / Escola Paulista de Medicina; Bruno José Sividal Antônio / Antonio, B.J.S. / Escola Paulista de Medicina; Paulo Sérgio de Souza Rodrigues Filho / Rodrigues, P.S.S. / Escola Paulista de Medicina; Amanda Fáris Marques / Marques, A.F. / Escola Paulista de Medicina; Diego Adão / Adão, D. / Escola Paulista de Medicina; Frederico Teixeira Barbosa / Barbosa, F. T. / Escola Paulista de Medicina;

Título: ROTURA DE PELVE RENAL SECUNDÁRIA A NEOPLASIA MALIGNA DE PRÓSTATA: RELATO DE CASO.

Introdução: A rotura de pelve renal espontânea decorrente de obstrução do trato urinário é uma complicação rara e está mais comumente associada à cálculo ureteral obstrutivo. Outras causas menos comuns são neoplasias, trauma, iatrogenia, gravidez e estenose da junção ureteropélvica(JUP). Dentro das doenças que podem cursar com obstrução do trato urinário o câncer de próstata tem menor importância em número que a obstrução prostática benigna. Apresentamos relato de caso de rotura de pelve renal, secundária a neoplasia maligna de próstata. Relato de caso: Este relato foi realizado em um hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com o SCARE Guideline 2020 e com o consentimento do paciente. Masculino, 66 anos, negro, com hipertensão arterial sistêmica e doença prostática. Procurou o serviço de emergência por hematúria macroscópica com frequentes obstruções por coágulos e recebeu hemotransfusão. Evolui com piora de função renal, culminando em hemodiálise. Ao exame, encontrava-se estável hemodinamicamente, com hematúria em sonda vesical de demora. Realizou ultrassonografia de rins e vias urinárias com líquido livre na pelve, sem sinais de dilatação do sistema coletor e cálculos renais. A tomografia evidenciou espessamento nodular com projeção para o lúmen vesical, medindo até 10 cm. Nota-se aspecto nodular das vesículas seminais e indissociação dos limites, bem como da próstata. Destacam-se sinais de perfuração de ambos os ureteres proximais logo após a JUP, caracterizados por ausência de contrastação dos ureteres distais e extravasamento através do terço proximal do ureter para o espaço retroperitoneal. Diante disso, conclui-se tratar de rotura de pelve renal por neoplasia de próstata para o qual optou-se pela nefrostomia percutânea por radiointervenção (RI), através da punção da pelve renal direita guiado por USG, com cateter tipo "pig tail" 10 Fr. O paciente apresentou boa evolução, negando queixas e apresentando diurese clara. Discussão: Trata-se de um caso raro de rotura de pelve renal por neoplasia prostática, cujo tratamento foi nefrostomia percutânea direita e posterior passagem de cateter duplo J em ureter. A ruptura calicial espontânea é um evento patológico raro. Geralmente ocorre como resultado de obstrução ureteral litiásica. Outras causas foram descritas, como válvulas da uretra posterior, hipertrofia da próstata, gravidez e câncer. Em revisão de literatura, foram encontrados poucos casos publicados do tema, sendo assim, este trabalho é de suma importância para o seu reconhecimento. O diagnóstico pode ser feito com exames de fácil acesso como a tomografia computadorizada com contraste e o tratamento pode ser realizado de forma minimamente invasiva como a nefrostomia percutânea realizada por RI ou a passagem de cateter duplo J por cistoscopia.

Palavras-chave: rotura de pelve renal; neoplasia de próstata

ID: 113363

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriel Silva Rocha / ROCHA, G.S. / HOSPITAL ANA NERY; Naiah Eneas da Silva Almeida / ALMEIDA, N.E.S. / HOSPITAL ANA NERY; Filipe Das Mercês Ramos da Silva / SILVA, F.M.R. / HOSPITAL ANA NERY; Gabriela Santos Campos / CAMPOS, G.S. / HOSPITAL ANA NERY; Júlia Araújo Perez / PEREZ, J.A. / HOSPITAL ANA NERY; Guilherme Cabral Tanuri Marques / MARQUES, G.C.T. / HOSPITAL ANA NERY; Ana Celia Diniz Cabral Barbosa Romeo / ROMEO, A.C.D.C.B. / HOSPITAL ANA NERY; André Luis Barbosa Romeo / ROMEO, A.L.B. / HOSPITAL ANA NERY;

Título: SLING INTRAVESICAL - UMA COMPLICAÇÃO COM UMA SOLUÇÃO MINIMAMENTE INVASIVA

Introdução A incontinência urinária é problema muito comum na população feminina, e costuma se associar a mal-estar físico, emocional, psicológico, social e sexual, com forte impacto na qualidade de vida da mulher. Estima-se que, no mundo, 200 milhões de pessoas sofram desta enfermidade, sendo 17 milhões nos EUA com custo anual de mais de 26 bilhões de dólares. O tratamento da incontinência urinária de esforço (IUE) continua sendo um desafio, existindo inúmeras técnicas para a sua correção. As técnicas mais utilizadas no tratamento da IUE são as colpofixações retropúbicas (Burch ou Marshall□Marchetti□Krantz) e os slings, em especial os slings de uretra média. Apesar da alta da taxa de sucesso da colpofixação retropúbica, o sling de uretra média é atualmente a técnica que apresenta as melhores e maiores evidencias científicas no tratamento desta afecção. A técnica TVT (Tension-Free Vaginal Tape - Ethicon, Somerville, NJ, USA) consiste no implante de um sling de uretra média utilizando-se da via retropúbica para ancoragem. A base dessa cirurgia é a □teoria integral da continência□, segundo a qual a correção do inadequado suporte uretral, por meio do reparo dos ligamentos pubouretrais e da parede vaginal suburetral, é essencial para a resolução dos sintomas de perda urinária. Entre as características dessa cirurgia estão o fato da necessidade de mínima dissecção de parede vaginal, a aplicação de uma faixa específica de polipropileno, a ausência de tensão ao redor da uretra média, a não fixação da faixa e a possibilidade de ser realizada sob anestesia local, permitindo em grande parte das vezes que a paciente deixe o hospital no mesmo dia da cirurgia. No entanto, a mesma não está isenta de complicações. Objetivo Relatar o caso de deslocamento de sling colocado pela a técnica TVT - Tension-Free Vaginal Tape, em paciente com quadro de incontinência urinária, abordado através da cirurgia videolaparoscópica. Método Paciente do sexo feminino, 55 anos, submetida a implante de sling TVT há +/- 60 dias, com queixas de disúria e incômodo em baixo ventre desde o procedimento, mostrando à avaliação ultrassonográfica deslocamento parcial do implante (de aspecto calcificado) para a parede vesical posterior. Refere infecções urinárias recorrentes desde então. Resultados Após preparo adequado foi submetida à videolaparoscopia com abertura da bexiga, retirada do sling e fechamento da parede vesical com pontos totais absorvíveis. Mantida com sonda vesical de demora por 10 dias, evoluindo sem intercorrências. Tendo voltado a suas atividades laborais em 20 dias após o procedimento. Conclusões A videolaparoscopia, também nestas situações, pode ser empregada com sucesso, diminuindo dor no pós-operatório, menor tempo de internamento hospitalar e retorno precoce as atividades laborais.

Palavras-chave: SLING INTRAVESICAL; VIDEOLAPAROSCOPIA; INCONTINENCIA URINÁRIA

ID: 113791

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lucas Antonio Pereira Do Nascimento / Nascimento, L. A. P. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Vinicius Ramos Machado / Machado, V. R. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; João Jorge Saab Filho / Filho, J. J. F. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Matheus Vieira dos Santos / Santos, M. V. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Daniel Charret Diegues / Diegues, D. C. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Renato Panhoca / Panhoca, R. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Wagner Aparecido França / França, W. A. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE; Luis Augusto Seabra Rios / Rios, L. A. S. / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo - IAMSPE;

Título: TUMOR PHYLLODES DE VESÍCULA SEMINAL: RELATO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DE UMA RARA APRESENTAÇÃO NEOPLÁSICA

Introdução Os tumores da vesícula seminal podem primários ou secundários, quando se originam em órgãos adjacentes (bexiga, próstata e reto) ou têm origem linfoproliferativa. Os primária são raros e podem ser benignos ou malignos. Dentre os com comportamento benigno, esta o Tumor Phyllodes, também chamado de cistoadenoma, fibroadenoma e tumor cístico misto epitélio-estromal. Essa neoplasia é frequentemente descrita em sítio mamário, sendo incomum em locais externos a esse órgão2 e extremamente rara quando observada em vesícula seminal2. Sua fisiopatologia é desconhecida, mas acredita-se que possua relação com os hormônios sexuais. Neste relato descrevemos um paciente com Tumor Phyllodes (TP), diagnosticado em serviço externo e mantido sob conduta conservadora até que apresentou uma mudança tardia do comportamento tumoral, evidenciada por um crescimento acelerado, promovendo sintomas compressivos e tornando desafiadora a sua abordagem cirúrgica. Relato de Caso Homem, 59 anos, veio ao serviço com sintomas compressivos e diagnóstico de Tumor Phyllodes de vesícula seminal que vinha sendo conduzido de maneira conservadora há 20 anos em serviço externo. A lesão havia sido, identificada durante exames de rotina, mas vinha apresentando crescimento progressivo. Realizada ressonância magnética de pelve com formação cística complexa, medindo 11.7 x 11.0 x 9.5cm, provável origem em vesícula seminal. Deslocava anteriormente a bexiga, inferiormente a próstata e comprimia ureteres bilateralmente, promovendo moderada dilatação dos sistemas coletores. Apresentava íntimo contato com parede do reto. Realizada nefrostomia bilateralmente e insituído protocolo ERAS pré-operatório. Após duas semanas da primeira intervenção foi submetido a cistoprostatectomia com reconstrução a Bricker e retosigmoidectomia com anastomose primária e transversostomia de proteção, dada íntima relação entre o tumor e o reto proximal. Evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta no sexto pós-operatório em bom estado. Anatomopatológico da peça confirmou o diagnóstico. Discussão O diagnóstico de TP só é possível quando coexistem elementos epiteliais e estromais. Por ser uma doença que não possui sintomas específicos o diagnóstico pré-operatório nem sempre é possível. A propedêutica tem como aliados o exame físico anorretal, a ultrassonografia transretal, mas de maneira mais significativa a tomografia computadorizada e a ressonância magnética que permitem melhor análise da localização, características da lesão e a sua relação com órgãos e estruturas adjacentes. Pela limitação de dados na literatura sua gênese e completo prognóstico ainda são indeterminados. Entretanto, mesmo raros, alguns autores sugeriram uma graduação específica para esse tipo de tumor, considerando-se a relação estroma-epitélio, celularidade, atipia celular, necrose e atividade mitótica. De acordo com o comportamento tumoral sabe-se que podem evoluir com recidiva local e até mesmo metástases a distância.

Palavras-chave: Tumor; Phyllodes; Vesícula seminal

ID: 113450

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marcella de Albuquerque Wanderley / WANDERLEY, M. A. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Elyjah Karlla Silva Quintela Abreu / ABREU, E. K. S. Q. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Antonio Lopes Muritiba Neto / NETO, A. L. M. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Aline Perciano Lopes Toledo / TOLEDO, A. P. L. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Leonardo Wanderley Soutinho / SOUTINHO, L. W. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Edmundo Guilherme de Almeida Gomes / GOMES, E. G. A. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Renato Rezende Rocha / ROCHA, R. R. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Jacob Rego de Miranda / MIRANDA, J. R. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ;

Título: ADENOMIOMATOSE DE VESÍCULA BILIAR: UM RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A adenomiomatose da vesicula biliar é um tumor benigno raro, caracterizado pela hiperplasia da camada mucosa e muscular própria, fazendo com que ocorra a invaginação do epitélio, formando pequenos espaços na parede da vesícula, conhecidos como divertículos intramurais. Os pacientes podem ser sintomáticos, similar a cólica biliar, porém como metade desses pacientes apresentam colelitíase associada, é difícil definir a causa específica da dor. Alguns pacientes apresentam sintomas gastrointestinais não específicos, como náuseas, vômitos, flatulência, que se tornam progressivamente mais frequentes. Apesar de baixo, esses tumores têm potencial de malignização e associados a sintomatologia tem indicação de colecistectomia. Esse trabalho ilustra um relato de caso de uma paciente idosa sintomática com adenomiomatose de vesícula biliar. RELATO DE CASO: Paciente, 76 anos, deu entrada na emergência com quadro de dor abdominal em flanco direito e hipocôndrio direito com irradiação para dorso. Além de náuseas, vômitos e alteração do hábito intestinal. Ela era portadora de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e hipotireoidismo. No exame físico apresentava apenas dor a palpação em hipocôndrio direito, sem irritação peritoneal. Exames laboratoriais normais. Tomografia de abdome e pelve identificou área focal de espessamento nodular da porção fúndica da vesícula biliar, com foco de calcificação de permeio medindo 1,9 x 1,6cm. Colangiorressonância evidenciou vesícula biliar com espessamento parietal nodular na região fúndica, contendo múltiplas imagens císticas com alto nível em T2 e realce parietal, sem restrição a difusão. Achado sugestivo de adenomiomatose biliar. Foi realizada colecistectomia videolaparoscópica, procedimento realizado sem intercorrências. Paciente evolui sem queixas com alta hospitalar no segundo dia de pós-operatório. Durante seguimento ambulatorial apresentou anatomopatológico com confirmação de adenomiomatose biliar. DISCUSSÃO: A adenomiomatose biliar é uma lesão considerada atípica quando comparada ao número alto de colecistectomias, em geral de bom prognóstico. O caso relatado mostra a importância do diagnóstico referente a essa patologia com sintomas do abdome superior. Além disso, pode ter transformação maligna mesmo sendo muito rara. Quando possível e tendo conhecimento da história do paciente, a ressecção cirúrgica por via laparoscópica é seu principal tratamento.

Palavras-chave: ADENOMIOMATOSE; VESÍCULA BILIAR ; COLECISTECTOMIA

ID: 113568

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Edarlan Barbosa dos Santos / Santos, E. B. / Universidade Federal Fluminense/Hospital Universitário Antonio Pedro; Kattiucy Gabrielle da Silva Brito / Brito, K. G. S. / Universidade Federal Fluminense/Hospital Universitário Antonio Pedro; Reinaldo Afonso Fernandes Júnior / Fernandes Jr., R. A. / Universidade Federal Fluminense/Hospital Universitário Antonio Pedro; Marcelo Sá de Araújo / Araújo, M. S. / Universidade Federal Fluminense/Hospital Universitário Antonio Pedro;

Título: BISSEGMENTECTOMIA HEPATICA NA NEOPLASIA DE VESICULA BILIAR: RELATO DE CASO

A neoplasia de vesícula biliar é uma afecção com alta taxa de malignidade, sendo rara sua descoberta quando ainda ressecável, uma vez que o diagnóstico pré-operatório é uma exceção, ficando a grande maioria dos diagnósticos reservados ao achado histopatológicos após colecistectomia. Diante da baixa resposta à terapia não invasiva e ao alto potencial de malignidade a intervenção cirúrgica ainda é a terapêutica com maior eficácia. Relataremos um caso de uma paciente do sexo feminino, 56 anos, hipertensa e dislipidêmica, previamente submetida à colecistectomia videolaparoscópica, devido à colelitíase sintomática e pólipo de vesícula biliar, com boa recuperação pós-operatória. O exame anatomopatológico identificou um carcinoma misto adenoneuroendocrino que infiltrava o tecido perimuscular na face peritoneal, com invasão vascular e comprometimento do ducto cístico. Após discussão na sessão multidisciplinar e estadiamento não evidenciar doença à distância, foi submetida a bissegmentectomia hepática (IVb e V) com linfadenectomia hilar, ressecção de via biliar extra-hepática com avaliação de margens negativas pela patologia peroperatória. Procedemos à reconstrução com anastomose bileodigestiva intra-hepática, terminolateral, em Y de roux. No pós-operatório, a paciente permaneceu três dias no CTI e recebeu alta hospitalar no sétimo dia de internação. O laudo anatomopatológico da peça cirúrgica evidenciou margens livres em todos os segmentos, assim como ausência de doença nodal. Sendo assim, foi encaminhada para a avaliação da oncologia clínica. Diante à gravidade, após o diagnóstico ou suspeita de tal, o tratamento deve ser o mais precoce possível, principalmente com a abordagem cirúrgica complementar, visto que trata-se de uma patologia com baixa resposta à terapêutica clínica. Estudos já vem demonstrando a eficácia da bissegmentectomia hepática (IVB/V) no tratamento da neoplasia de vesícula biliar, principalmente quando no diagnóstico de adenocarcinoma (T2), seja ele com acometimento da face peritoneal ou hepática da vesícula biliar.

Palavras-chave: Neoplasia de vesícula biliar; Hepatectomia bissegmentar (IVB/V)

ID: 112873

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Giovanna Pinho Pereira / Pereira, G. P / Hospital Federal de Ipanema ; Rafael Menasche Soichet / Soichet, R. M / Hospital Federal de Ipanema; Camilla Farias de Souza Cruz / Cruz, C. F. S. / Hospital Federal de Ipanema; Frederico Japiassu Santiago / Santiago, F. S / Hospital Federal de Ipanema; Karina de Oliveira Bokel Zborowski / Zborowski, K. O. B / Hospital Federal de Ipanema; Genaro Fahrnholz Buonsante / Buonsante, G. F / Hospital Federal de Ipanema; Pedro Alexandre Raychtock / Raychtock, P. A. / Hospital Federal de Ipanema; Rafaela Ciarlini Campbell / Campbell, R. C. / Hospital Federal de Ipanema;

Título: CISTO DE COLÉDOCO TODANI IB - RELATO DE CASO

Introdução Cistos de colédoco se caracterizam pela dilatação de vias biliares intra e extra-hepática. São caracterizados pela classificação de Todani em tipos I a IV. Tem incidência de 1 em 150.000 indivíduos, sendo mais comuns na população asiática e no sexo feminino em uma proporção de 4:1. A clínica é inespecífica, estando à tríade clássica de dor abdominal, icterícia e massa abdominal presente em apenas 20% dos casos. É necessário um alto nível de suspeição para o diagnóstico e tratamento precoce, pelo risco de colangite de repetição, colecistite, pancreatite, cirrose biliar secundária e transformação maligna principalmente nos tipos I e IV. Relato de Caso I.C.S.P, feminina, 41 anos, hipertensa, iniciou quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito, com piora pós prandial com 2 anos de evolução e piora progressiva dos sintomas. Nega sintomas colestáticos ou perda ponderal. Nega tabagismo ou etilismo. Em ultrassonografia abdominal de 04/2021 foi visto imagem anecóica, medindo 41 mm na cabeça do pâncreas, com reforço acústico, que sugeria cisto simples, sem alterações das vias biliares intra e extra-hepáticas. Em colangiorressonância de 05/2021 notou-se dilatação dos ductos cístico, hepático e colédoco proximal, este de aspecto cístico, medindo cerca de 3,4 cm, podendo corresponder a doença cística congênita das vias biliares, sem outras alterações. Ao exame, paciente apresentava bom estado geral, anictérica, abdome flácido e desconforto a palpação profunda de flanco direito. Foi submetida à ressecção de via biliar extra-hepática 04/2022, reconstrução com hepaticojejunostomia em Y de Roux e drenagem da cavidade. Sendo identificado cisto de colédoco tipo IB de Todani, apresentando dilatação do colédoco da porção intra-pancreatica até junção do ducto cístico. Pós-operatório sem complicações e alta após 4 dias. Em acompanhamento ambulatorial até a presente data, sem intercorrências. Discussão Cistos de colédoco podem ser congênitos ou adquiridos. O diagnóstico é mais comum na infância, embora 20-25% seja diagnosticado em adultos. O diagnóstico é feito através de exames de imagem, preferencialmente a colangiorressonância. A ultrassonografia, a tomografia computadorizada, a cintilografia hepatobiliar com tecnécio 99 também podem ser utilizadas. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica completa do cisto. A escolha entre a reconstrução com hepático-jejunostomia em Y de Roux ou hepático-duodenostomia é controversa. Segundo meta-análises recentes, a hepático-duodenostomia associa-se a menor tempo operatório, menos sangramento intra-operatório e a menor tempo de internação. No entanto, está mais associada ao refluxo biliar, podendo levar à erosão gástrica e aumento do risco de metaplasia intestinal. O acompanhamento pós-operatório anual com ultrassom abdominal e bioquímica é recomendado pelo risco aumentado de colangiocarcinoma. Em adultos, os níveis de CA19-9 também devem ser monitorados.

Palavras-chave: Cisto; Todani; Colédoco

ID: 113446

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriela Godinho de Oliveira / Oliveira, G. G. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Raphael Brito de Almeida Dutra / Dutra, R. B. A. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Matheus Carvalho Silva / Silva, M. C. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Bruna Taborda Bartasevicius / Bartasevicius, B. T. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Gabriela Anzai Pavoni / Pavoni, G. A. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Camila Santos Lopes / Lopes, C. S. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Franz Robert Apodaca Torrez / Torrez, F. R. A. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; Sun Rei Lin / Lin, S. R. / Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo;

Título: COLANGITE AGUDA ASSOCIADA A SÍNDROME DE LEMMEL E NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL DO PÂNCREAS: RELATO DE CASO

Introdução: Colangite aguda é a infecção das vias biliares secundária a uma obstrução, sendo o principal fator obstrutivo a coledocolitíase. Embora raras, outras causas de obstrução são o divertículo duodenal (síndrome de Lemmel) e a neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN) do pâncreas. Síndrome de Lemmel é uma causa de icterícia por obstrução do ducto biliar comum por divertículo duodenal periampular, na ausência de outras causas obstrutivas. IPNM do pâncreas é a proliferação do epitélio ductal pancreático, com hipersecreção de mucina e dilatação do ducto principal e/ou seus ramos. Apresentamos um caso de paciente com diagnóstico de colangite aguda cuja etiologia poderia estar associada à Síndrome de Lemmel e à IPNM corpo/caudal do pâncreas. Relato de caso: Esse relato foi realizado em um hospital universitário quaternário de centro urbano, em conformidade com SCARE Guideline 2020 e com consentimento do paciente. Homem, 80 anos, branco, diabético, hipertenso e cardiopata, procurou o serviço com queixa de dor abdominal, queda do estado geral, perda ponderal e sintomas colestáticos. Ao exame físico, ictérico 2+/4 e abdome doloroso difusamente. Os exames laboratoriais evidenciaram hiperbilirrubinemia às custas de bilirrubina direta, elevação de proteína C reativa e enzimas canaliculares hepáticas. Ultrassonografia de abdome com colelitíase sem sinais inflamatórios. Tomografia computadorizada de abdome com dilatação do ducto pancreático principal (1 cm). Colangiorressonância magnética com divertículo periampular na segunda porção duodenal, cerca de 2,8 cm, causando compressão extrínseca com afilamento segmentar do ducto pancreático proximal adjacente e dilatação deste a montante até a transição cabeça/corpo do pâncreas; ectasias císticas dos ductos secundários na região corpocaudal, medindo até 2,0 x 1,3 cm, prováveis focos de IPNM. Concluiu-se tratar de um quadro de colangite aguda Tokyo I por Síndrome de Lemmel e IPMN. Optado por tratamento conservador com antibioticoterapia e estabilização clínica. Ambulatorialmente, encontra-se em programação de colecistectomia eletiva, já que não é possível excluir coledocolitíase com eliminação de cálculo como causa da colangite. Seguirá o acompanhamento do IPNM com RNM seriada. Discussão: Síndrome de Lemmel é subdiagnosticada por não apresentar achados específicos, mas deve ser lembrada no diagnóstico diferencial de síndromes colestáticas. Não há consenso quanto ao tratamento, mas opções citadas são diverticulectomia, coledocotomia e bypass. O tratamento conservador é uma opção em casos individualizados, como no relato em questão, devido à idade e risco cirúrgico elevados. IPNM também pode ter o diagnóstico retardado pela similaridade dos sintomas a outras enfermidades, mas pelo potencial de malignidade é importante que tal patologia seja identificada, classificada e avaliada quanto à necessidade de intervenção. Não há na literatura dados corroborando a associação da Síndrome de Lemmel com IPNM.

Palavras-chave: Colangite aguda; Síndrome de Lemmel; Neoplasia mucinosa papilar intraductal do pâncreas

ID: 113445

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Giovanna Patricio Feltrin / Feltrin, G.P / Hospital São José Criciuma ; Fabricio de Souza Bitencourt / Bitencourt, F. S / Hospital São José Criciuma; Rubens Thadeu Mangili / Mangili, R.T / Hospital São José Criciuma; Fernando Votri / Votri, F / Hospital São José Criciuma;

Título: COLECISTITE EM SITUS INVESUS TOTALIS

Paciente MB, feminina, 69 anos, hipertensa, com história prévia de hernioplastia supraumbilical. Atendida no pronto socorro com queixa de dor abdominal em região de hipocôndrio esquerdo há dois dias, com piora progressiva e sem alivio ao uso de analgésicos comuns. Associado referia anorexia e episódios de vômitos. Negava febre ou alteração do habito urinário e intestinal. Ao exame fisico, estava em bom estado geral, anicterica, sinais vitais estáveis, afebril, abdome com ruídos hidroaéreos presentes, depressivel, doloroso a palpação difusa com defesa em HCE. Decidido por solicitar exames laboratoriais e tomografia de abdome para elucidação diagnostica. Tc demonstrando paciente situs inversus totalis, apresentando espessamento parietal vesicular difuso, com dilatação do órgão, associado a densificação da gordura adjacente. Exames laboratoriais apresentando leucocitose com desvio a esquerda e proteína C reativa elevada. Fechando o diagnostico de colecitite aguda pelos critérios de Tokyo. Realizado internação hospitalar, iniciada antibioticoterapia e programado abordagem cirúrgica. Realizado colecistectomia videolaparoscopica, introdução de dois trocateres de 10mm, em região umbilical e epigastro e dois de 5mm, em hipocôndrio e flanco esquerdos. Identificado vesícula biliar apresentando paredes espessadas, com múltiplas aderências e liquido livre perivesicular. Realizada visão crítica de segurança, com identificação do ducto cístico e artéria cística, clipados e seccionados. Descolados vesícula biliar do leito hepático. Retirada vesícula pela incisão em epigastro. Situs inversus é uma anomalia congênita rara, tendo uma incidência de 1:10000 a 1:20000 nascidos vivos, caracterizada pela transposição dos órgãos abdominais, vísceras e vasculatura, em relação ao sentido sagital, oferecendo uma imagem chamada de imagem no espelho. É classificado como total quando associado à dextrocardia, enquanto o situs inversus parcial afeta apenas um ou mais órgãos. A situs inversus por si só não acarreta nenhuma sintomatologia ou mudança na expectativa de vida da pessoa, sendo descoberta normalmente durante exame de imagem para investigação de alguma queixa clínica. No entando traz dificuldade para realização de diagnósticos e procedimentos/ abordagens cirúrgicas. A realização de procedimentos cirúrgicos videolaparoscopicos são desafiadores nesses pacientes, necessitando de cirurgiões experientes devido a variações anatômicas, visão em espelho e visão bidimensional.

Palavras-chave: Colecistite; Situs inversus ; Colecistectomia

ID: 113597

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rubens Thadeu Mangilli de Menezes / Menezes, R. T. M. / Hospital São José; Ana Carolina Nurenberg / Nurenberg, A. C. / Hospital São José Criciúma; José Guezzi Junior / Guezzi Jr., J. / Hospital São José Criciúma; Giovanna Patricio Feltrin / Feltrin, G. P. / Hospital São José Criciúma; Lucas Ribeiro Krasilchik / Krasilchik, L. R. / Hospital São José Criciúma; Artur Pizzolatti Zapelini / Zapelini, A. / Hospital São José Criciúma; Fabricio Souza Bitencourt / Bitencourt, F. S. / Hospital São José Criciúma; Julio Cesar de Luca Filho / De Luca Filho, J. C. / Hospital São José Criciúma;

Título: COLECODOCOLITIASE - CALULO GIGANTE DE COLÉDOCO

Masculino, 59 anos, Branco, Etilista (consumo de 1L de destilado por dia), Tabagista alta carga, cirrótico CHILD C 11pts, sem uso de medicamentos diário e sem cirurgias prévias. Paciente dá entrada pelo serviço de emergência, com quadro de colúria, astenia, confusão mental, dor abdominal em cólicas mais proeminente em hipocôndrio direito sem sinais de peronismo, acompanhado de náusea, vômitos inapetência e icterícia franca 4+/4+. Ao exame físico paciente com dor abdominal sem defesa em hipocondrio direito, hepatomegalia palpável, sem sinais clinico de encefalopatia associada. Laboratoriais de entrada 25mil leucocitos com 5% de bastões, bilirrubinas totais 9,0 (direta de 7,6), INR 2,23, Albumina 2,8, Urobilinogênio 4+ à urinálise, PCR 95, fosfatase alcalina 286, TGO 66, TGP 25, GGT 900. Ultrassonografia abdominal apresente lesão hipoecogênica com cerca de 4,1 x 2,2cm, avascular, no dueto hepatocolédoco indeterminada, dilatação das vias biliares intra-hepáticas e vesícula biliar não individualizada ao método. Realizada ressonância magnética de abdome e colangiorressonância magnética de abdome com os seguintes achados: vesícula biliar sobredistendida com múltiplos cálculos, paredes espessadas, ascite leve, evidência de grande cálculo no colédoco de 6,3x3,8x2,8cm, com dilatação das vias biliares a montante e hepatocolédoco medindo cerca de 3,9cm ao nível do terço médio. Realizada colecistectomia convencional mais coledocotomia para extração do volumoso cálculo e drenado conteúdo biliar purulento. Optado pela realização de uma derivação biliar coledoco-jejunal em Y, com anastomose biliar término-lateral e dreno laminar vigia. Paciente permaneceu internado por mais sete dias na enfermaria, com alta no sétimo dia de pós operatório tendo normalizado leucograma e bilirrubinas totais na alta de 2,8, com melhora da icterícia - retirado dreno vigia na alta e findado terapia antibiótica por mais sete dias em casa com ciprofloxacino + metronidazol. Paciente segue em seguimento ambulatorial multidisciplinar com gastroenterologia e cirurgia geral.

Palavras-chave: Coledocolitiase; Via biliar; Ictericia

ID: 113506

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Júlia Lorusso Barbosa / Barbosa J L / UNISA; Thales Felipe Pereira / Pereira T F / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer B M / UNISA; Elias Jirjoss Ilias / Ilias E J / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Orlando Contrucci Filho / Contrucci O / UNISA; Ana Carolina Vieira Vitor / Vitor A C V / Hospital Geral do Grajaú; Isabella Magnago Batista / Batista I M / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Thiago Seibel Storch / Storch T S / UNISA e Hospital Geral do Grajaú;

Título: DUPLA OBSTRUÇÃO JEJUNAL APÓS FÍSTULA COLECISTOGÁSTRICA: UM RELATO DE CASO

Introdução:A incidência de fístulas bilioentéticas associadas à cálculos biliares varia entre 0,15 e 8%. A fístula colecistogástrica é um tipo de fístula biliodigestiva descrita em 1968 (1). Os sinais e os sintomas são inespecíficos como: dor abdominal, vômitos, distensão, constipação, febre e icterícia. A terapia cirúrgica envolvendo remoção de cálculos, reparo da fístula e colecistectomia continua sendo o método mais eficaz de tratamento (2). Relato de caso: Paciente feminina, 74 anos, sem comorbidade, queixa de dor em andar superior do abdômen mais precisamente na região do epigástrio associada a náuseas, vômitos e intensas cólicas abdominais com piora do quadro clínico há 3 dias. Ao raio- x de abdômen observada presença de aerobilia e distensão em delgado proximal e câmara gástrica. Na tomografia, identificado dois cálculos de 4 cm localizados na porção de jejuno proximal com obstrução das alças de delgado a montante e aerobilia .Optada pela internação e realizada a compensação do distúrbios hidroeletrolíticos da paciente para realização da laparotomia onde foi observada obstrução do jejuno proximal as custas de dois cálculos, dilatação de delgado a montante ,um grande bloqueio no andar superior do abdômen e evidenciada presença de uma fístula colecistogástrica.Pela estabilidade hemodinâmica da paciente, optou-se pela resolução do quadro por completo iniciado pela enterotomia com retirada dos cálculos desfazendo o bloqueio. Identificada a fístula foi realizada uma colecistectomia e uma sutura gástrica sem a colocação de dreno na cavidade abdominal. Paciente evoluiu bem recebendo alta no quinto dia de pós-operatório Discussão: A formação de uma fístula segue quadros constantes de colecistite onde a superfície serosa da vesícula biliar fica inflamada se aderindo à superfície adjacente das vísceras(1).A fístula colecistogástrica é uma rara complicação de cálculos biliares. Essa condição apesar de bem escrita na literatura apresenta controvérsias quanto ao seu diagnóstico e tratamento. O diagnóstico pré-operatório é difícil devido a inespecificidade dos sintomas com a maior parte dos diagnósticos realizados no intraoperatório(1-2). O acesso laparotomico é o mais recomendado nesse quadro, porém alguns autores propõem o reparo laparoscópico. A condição clínica do paciente é quem vai determinar o manejo cirúrgico mais adequado.(1-2) 1) Cholecystogastric fistula. A case report and literature review Gastrocystogatric fistula. A case report and literature review DO- 10.13140/RG.2.2.10245.68325 2) Savas Sezik, Mustafa Sever, Nezih Kavak, Ahmet Burak Erdem. Gastric Outlet Obstruction Due to Cholecysto-Gastric Fistula: Bouveret□s Syndrome. Signa Vitae. 2020. doi:10.22514/sv.2020.16.0036.

Palavras-chave: fístula colecistogástica ; fístula biliodigestiva ; colecistectomia

ID: 113443

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Breno Cordeiro Porto / PORTO, B. C. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Roger Beltrati Coser / COSER, R. B. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Caroline Miwa Teruya / TERUYA, C. M. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Nathália Satoo Demian Ferreira / FERREIRA, N. S. D. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Raphael Guedes Povoa / POVOA, R. G. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Nidia Pinheiro Oliveira Silva / SILVA, N. P. O. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Cláudio José Caldas Bresciani / BRESCIANI, C. J. C. / 1. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. 2. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

Título: FÍSTULA COLECISTOCÓLICA COMO CAUSA DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO

INTRODUÇÃO As Fístulas Colecistocólicas são comunicações aberrantes entre a vesícula biliar e o cólon, resultantes de processo inflamatório crônico local. Tais fístulas podem causar migração de cálculo biliar para o cólon, com possível impactação (geralmente no cólon sigmóide) causando obstrução intestinal. RELATO DE CASO Trata-se de paciente do sexo masculino de 80 anos, que procurou o pronto atendimento com história de dor e distensão abdominal há 3 dias, referindo parada de eliminação de gases e fezes. Negava febre. Ao exame físico observou-se abdome globoso, distendido, hipertimpânico, doloroso à palpação profunda e sem sinais de irritação peritoneal. Ao toque retal não havia massas ou sangue no reto. O paciente apresentava antecedentes de AVC, HAS e Colelitíase, e fazia uso de AAS. Os exames laboratoriais constataram leucocitose, e o RT-PCR para COVID-19 foi negativo. Foi realizada tomografia do abdome e pelve que mostrou aderência entre o ângulo hepático do cólon e a vesícula biliar, com imagem de corpo estranho em topografia de cólon sigmóide, além de acentuada distensão do cólon a montante. Não havia aerobilia. Frente ao diagnóstico de abdome agudo obstrutivo, foi indicada a laparotomia exploradora que permitiu o diagnóstico de obstrução do cólon sigmóide por cálculo biliar secundário a fístula Colecistocólica. Durante a cirurgia foi observada lesão de sigmóide no local de impactação do cálculo, intensas e firmes aderências entre o ângulo hepático do cólon e a vesícula biliar e lesões de serosa de ceco devido à distensão local. Optou-se então por realização de colectomia total associada a ileostomia terminal. Na loja da vesícula biliar havia intenso processo inflamatório e o ducto cístico não foi identificado (não houve progressão da dissecção no hilo hepático para evitar lesão de via biliar). O procedimento durou cerca de 5h e transcorreu sem intercorrências. O paciente recebeu alta no 18º PO, após tratamento de retenção urinária refratária. DISCUSSÃO As Fístulas Colecistocólicas são menos frequentes que as fístulas para o intestino delgado. Seu diagnóstico é difícil, sendo observada em 0,1% das colecistectomias eletivas. Acometem principalmente indivíduos idosos e debilitados, e apresentam elevada morbidade. Não há consenso na literatura sobre o melhor tratamento desta condição. Dentre as opções cirúrgicas pode-se citar a evacuação manual dos cálculos, enterotomia com retirada de cálculos, colectomias com ou sem estomias associadas à colecistectomia. Salienta-se a dificuldade de abordagem do hilo hepático devido ao processo inflamatório local com consequente risco elevado de lesões de vias biliares. O tratamento deve ser ajustado de acordo com o tipo específico de fístula, levando-se em conta a condição da cavidade abdominal e o estado geral do paciente, com o objetivo de minimizar potenciais complicações.

Palavras-chave: Fístula colecistocólica ; Obstrução intestinal ; Abdome agudo

ID: 113555

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marina Oliveira de Matos Silva / Silva, M. O. M. / UNESP; Glauber Correia de Oliveira / Oliveira, G. C. / UNESP; Claudia Nishida Hasimoto / Hasimoto, C. N. / UNESP; Rafael de Souza Aguiar / Aguiar, R. S. / UNESP; Victor Mendonça Salles / Salles, V. M. / UNESP; Pedro Torres Pinheiro / Pinheiro, P. T. / UNESP; Heloisa Oliveira de Matos Silva / Silva, H. O. M. / UNITAU;

Título: ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO

Introdução: Neste relato descrevemos o caso de uma paciente de 75 anos com diagnóstico de suboclusão intestinal. Durante a investigação diagnóstica foi evidenciado presença de colecistite aguda calculosa complicada com perfuração e íleo biliar. Relato de Caso: Mulher, branca, 75 anos, hipertensa e hipotireóidea, portadora de colelititíase, deu entrada no pronto socorro com quadro de dor abdominal em quadrante superior direito, associada a náuseas, vômitos e parada de eliminação de fezes. Negou febre, icterícia, acolia fecal ou colúria. Ao exame físico: abdome flácido, normotenso, levemente doloroso à palpação em hipocôndrio direito, com sinal de Murphy e descompressão brusca negativos. Realizado tomografia de abdome que evidenciou sinais de colecistite aguda perfurada, associada à sinais de suboclusão intestinal onde se observou imagem compatível com cálculo biliar em íleo distal. Indicado laparotomia exploradora e no intra-operatório evidenciado pequena quantidade de líquido livre e presença de bloqueio em topografia da vesícula biliar. Visualizado corpo estranho em jejuno, à 70 cm do ângulo de Treitz, com dilatação à montante. Optado por realizar enterotomia e retirada do cálculo biliar. No pós-operatório paciente foi encaminhada a UTI, apresentou boa evolução e alta hospitalar no 5º pós-operatório, com retorno ambulatorial para reavaliação. Discussão: O íleo biliar é uma complicação da colelitíase, apresenta baixa prevalência, representando 0,3 a 0,5% das complicações biliares, porém com considerável morbimortalidade, A sintomatologia clássica é caracterizada por quadro de suboclusão intestinal, devido à impactação de um ou mais cálculos biliares na luz do intestino, devido à fístula bilio-entérica, em pacientes com história prévia de quadros de colecistite aguda de repetição. A radiografia de abdome pode evidenciar a Tríade de Rigler com cálculos radiopacos, pneumobilia e distensão de alças intestinais. Normalmente é necessário a realização de tomografia computadoriza que apresenta sensibilidade superior a 90%. A base do tratamento inclui a abordagem cirúrgica, sendo que a prioridade é tratar a complicação aguda, no caso a obstrução intestinal. Existe uma controvérsia quanto ao momento da abordagem biliar, se concomitantemente ao tratamento da obstrução, ou se em um segundo momento, devido a fatores como idade, comorbidades, gravidade do quadro e condição clínica que devem ser considerados para a tomada da decisão. Neste caso, foi optado por realização apenas do tratamento da obstrução no primeiro momento, devido à idade e comorbidades da paciente, em concordância com os dados da literatura, já que a cirurgia em dois tempos é associada à menor morbimortalidade em pacientes de alto risco. A técnica cirúrgica pode variar de acordo com a equipe e os casos, mas existe significância estatística na literatura que apoia o tratamento em 2 tempos cirúrgicos, especialmente em pacientes com choque, peritonite ou que apresentem múltiplas comorbidades.

Palavras-chave: Íleo; Obstrução Intestinal; Complicação colelitíase

ID: 113403

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Beny Goulart Dias de Castro / De Castro, B.G.D. / Hospital Regional de Presidente Prudente; Letícia Isper / Isper, L. / UNOESTE; Rodrigo Martins Dias / Dias, R.M. / UNIFESP; Diego Garcia Muchon / Muchon, D.G. / UNOESTE; Helen Brambila Jorge Pareja / Brambila, H,J.P. / UNOESTE;

Título: MALFORMAÇÕES DA VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASOS E REVISÃO DA LITERATURA.

INTRODUÇÃO: As malformações da vesícula biliar, apesar de raras, são de grande importância para a vida do cirurgião. Em sua maioria são originadas de um desenvolvimento anormal durante o crescimento embrionário. Estas podem ser didaticamente classificadas em três tipos: anomalias de formação, de número e de posição. Nas anomalias de formação pode-se destacar epidemiologicamente a vesícula em barrete frígio e a vesícula bilobada. As anomalias relacionadas ao número são a agenesia de vesícula e a duplicação de vesícula. Por fim, as anomalias de posição mais comuns consistem na vesícula biliar flutuante, vesícula biliar intra-hepática e vesícula biliar à esquerda. OBJETIVO: Relatar em literatura raros casos do trato biliar, com objetivo de ressaltar a sintomatologia comum e os critérios diagnósticos, agregando informações de relevância médica. DESCRIÇÃO: Neste relato são descritos 4 casos de malformações de vias e vesícula biliar, sendo elas um caso de vesícula em barrete frígio, dois casos de agenesia de ducto e artéria cística e um de agenesia de vesícula biliar. Caso 1: mulher, 72 anos, queixa de dor epigástrica e vômitos há 40 anos por alimentação com piora há 2 anos. À ultrassonografia (USG): vesícula alongada com septo parcial entre o fundo e o corpo, derformando-a em barrete frígio. No intraoperatório é confirmado o diagnóstico e realizada colecistectomia. Paciente recebeu alta com melhora dos sintomas. Caso 2: Mulher, 47 anos, com queixa de dor em hipocôndrio direito e náusea há 1 ano com piora há um dia. Ao USG, é identificado colelitíase sem sinais e colecistite. Submetida a colecistectomia, porém sem evidência do ducto cístico e artérica cística. Após a alta houve melhora dos sintomas com IBP. Caso 3: Mulher, 40 anos, com queixas de dor epigástrica irradiada para hipocôndrio direito há 2 anos. Ao USG, evidenciou vesícula biliar escleroatrófica e colelitíase. Durante o intraoperatório não foi constatada presença da vesícula biliar. A RNM pós-operatória confirmou o diagnóstico de agenesia de vesícula. Caso 4: Homem, 51 anos, assintomático. Ao USG detectou-se múltiplos cálculos, sendo indicado cirurgia eletiva. Durante a colecistectomia videolaparoscopica foi observada ausência de artéria e ducto cístico. DISCUSSÃO: Frente a raridade das anomalias da vesícula biliar, o diagnóstico tem se mostrado um desafio. Observamos que a utilização de todo arsenal diagnóstico por imagem (ultrassonografia, tomografia computadorizada e colangiorressonância magnética), apesar de ter levantado a hipótese, não foram suficientes para elucidação diagnóstica em muitos casos. Em relação a sintomatologia observa-se semelhança entre todas as malformações e também entre os casos da literatura e os encontrados em nosso serviço. CONCLUSÕES: As anomalias da vesícula biliar incluem um grande diversidade de malformações. Esta grande variação, juntamente com a baixa incidência na população, corrobora para a dificuldade diagnóstica das mesmas.

Palavras-chave: Vesícula Biliar; Agenesia; Anormaliadades

ID: 113461

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Jorge Luiz Ferreira Gomes Costa / Costa, J. L. F. G. / UNICEUMA ; Daniel Nery de Oliveira / Oliveira, D. N. / UNICEUMA; Daniel da Silva França Pinheiro / Pinheiro, D. S. F. / UNICEUMA; Lucas Hewitson Fróes Santos / Santos, L. H. F. / UNICEUMA; Letícia Batalha Marinho / Marinho, L. B. / UNICEUMA; Italo Moraes Castro / Castro, I. M. / UNICEUMA; Natália Darvila Magalhães Nascimento / Nascimento, N. D. M. / UNICEUMA;

Título: MANEJO CIRÚRGICO E INSTRUMENTAL EM PACIENTE PORTADOR DE SITUS INVERSUS TOTALIS

INTRODUÇÃO: O situs inversus totalis é uma anomalia genética rara de caráter autossômico recessivo, possivelmente ligado ao cromossomo X. É definida pela transposição dos órgãos abdominais, vísceras, vascularização e dextrocardia. A grande parte dos pacientes é assintomático, com uma pequena incidência de associação a malformações cardiovasculares. O situs invesus totalis não afeta diretamente expectativa e qualidade de vida do paciente, porém exige uma abordagem mais cuidadosa durante procedimentos invasivos. O estudo de caso visa relatar uma colecistectomia convertida realizada em paciente portador de situs inversus totalis como terapêutica para um quadro de colecistite calculosa. RELATO DE CASO: Paciente J.T.G.M, 72 anos, sexo masculino. Paciente foi admitido com um quadro de síndrome ictérica associada a cólica biliar. Solicitou-se uma TC de abdome, a qual identificou os seguintes achados: coledocolitíase + colecistite, além de inversão total dos órgãos torácicos e abdominais, onde verificou-se a presença de estômago, cólon descendente e baço localizados na porção direita do abdômen e em contraposição foram encontrados fígado, vesícula biliar e cólon ascendente. Realizado também ecocardiograma transtorácico, que demonstrou transposição de grandes artérias congênitas corrigidas, ápice cardíaco e arco aórtico no hemitórax direito, hipertrofia de ventrículo direito (VD), aumento de átrio esquerdo, disfunção sistólica de VD e insuficiência tricúspide importante. Inicialmente foi indicada colecistectomia videolaparoscópica, entretanto, no decorrer da cirurgia, após encontrar múltiplas aderências, a equipe optou por converter à cirurgia convencional, com incisão subcostal. Durante o procedimento, foi realizado a colecistectomia após ligadura da artéria cística e ducto cístico, com posterior revisão da hemostasia do leito hepático e síntese da parede por planos, respeitando as diferenças anatômicas da condição do paciente. Paciente seguiu com boa evolução e alta hospitalar no segundo DPO. DISCUSSÃO: A variação anatômica na SIT pode influenciar a localização dos sintomas no paciente com colelitíase levando a um atraso no diagnóstico e manejo. A colecistectomia laparoscópica pode ser realizada com segurança nesses casos, existindo muitas técnicas de colocação de portas, dependendo da preferência do cirurgião. No entanto, algumas dissecções críticas são mais fáceis de serem realizadas pela mão esquerda, o que representa dificuldade técnica para cirurgiões destros. Porém, a pesar da maior dificuldade técnica a videolaparoscopia foi escolhida como técnica preferencial para o procedimento. Contudo, devido à presença de múltiplas aderências, as quais não possuem relação base com a SIT, a cirurgia foi convertida pra colecistectomia convencional.

Palavras-chave: Situs inversus totalis; colecistectomia convertida; dextrocardia

ID: 113137

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Beatriz Milene de Oliveira Camargo / Camargo, B. M. O. / Universidade Anhembi Morumbi; Tércio de Campos / Campos, T / Hospital Geral de Itapecerica da Serra (HGIS);

Título: PANCREATITE AGUDA E COLECISTITE AGUDA SIMULTÂNEAS. É POSSÍVEL? RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Introdução: A pancreatite aguda (PA) tem incidência de 16 casos por ano para cada 100.000 habitantes no Brasil, sendo a etiologia mais comum a biliar. O diagnóstico é confirmado pelos critérios de Atlanta. A colecistite aguda, tem incidência de 93,8, e seu diagnóstico é dado pelos critérios de Tokyo. Ainda que raramente, essas duas patologias podem coexistir. Caso clínico: Paciente feminino, 71 anos, procurou o Pronto Socorro do Hospital Geral de Itapecerica da Serra (HGIS), queixando-se de dor abdominal e pirose há 1 semana; associada à distensão abdominal, náuseas e ausência de evacuações há 4 dias. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabetes, ex-tabagista. Ao exame físico, em regular estado, afebril e abdome distendido, doloroso difusamente, com ruídos hidroaéreos, e descompressão brusca negativa. Os exames de admissão mostraram leucócitos 11.900, TGO 85, TGP 96, GGT 691, BT 1,64, amilase 827, PCR 194. A tomografia computadorizada de abdome evidenciou intumescimento e heterogeneidade em parênquima pancreático, com borramento dos planos adiposos peripancreáticos; ectasia e realce epitelial do colédoco medindo até 9,5 mm; vesícula biliar normodistendida, contendo múltiplos cálculos e com paredes espessadas. Foi diagnosticada com colecistite aguda e pancreatite aguda biliar, Marshall 0. Optou-se por internação com prescrição de analgesia, sintomáticos e jejum. Evoluiu com melhora da dor e aceitação da dieta no terceiro dia, com alta hospitalar após o quarto dia. Devido ao tempo de evolução, idade, comorbidades e melhora do quadro, foi encaminhada para colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Discussão: Existem poucos relatos de casos similares a este na literatura. Ao pesquisar as palavras chave ⍰cholecystopancreatitis⍰, ⍰cholecystitis and pancreatitis simultaneous⍰ e ⍰acute cholecystitis and pancreatitis coexistent⍰ no PubMed, encontrou-se 177 artigos, dos quais apenas 5 são da temática abordada, sendo 3 relatos de caso. Os resultados da busca do termo ⍰cholecystopancreatitis⍰ são, em grande maioria, da década de 70, não estão publicados na língua inglesa e não têm resumo disponível. Zapata descreve em 2007 um caso sugestivo de colecistite e PA simultâneas de etiologia parasitária. Amr (2020) relata a ocorrência de colecistite enfisematosa e PA necrotizante coexistentes em um paciente jovem, previamente hígido. Por fim, Choi (2010) descreve um paciente idoso com colecistite enfisematosa e PA enfisematosa. A colecistectomia é recomendada na mesma internação do quadro de PA de modo a evitar a recorrência do quadro; e o tratamento imediato preconizado para a colecistite aguda é cirúrgico. Conclusão: A literatura é escassa sobre a concomitância da pancreatite aguda e colecistite aguda, e apesar da mesma etiologia biliar levar às duas doenças, os mecanismos fisiopatológicos são diferentes, o que torna o caso raro, e passível de discussão quanto às possibilidades terapêuticas.

Palavras-chave: Doenças biliares; Pancreatite aguda; Colecistite Aguda

ID: 113850

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Laura Moretti Vidotto / VIDOTTO, L. M. / Universidade Anhembi Morumbi; Pedro Weverton Rodrigues da Silva / SILVA, P. W. R. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba; Miki Mochizuki / MOCHIZUKI, M. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba; Universidade Anhembi Morumbi; Isabele Helaine Rabelo Dias / DIAS, I. H. R. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba; Danilo Jonas Silva Friaça / FRIAÇA, D. J. F. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba; Arnaldo Gouveia Junior / GOUVEIA, A. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba; Tabata Garcia Fernandes / FERNANDES, T. G. / Hospital dos Fornecedores de Cana de Piracicaba;

Título: PARACOCCIDIOIDOMICOSE ABDOMINAL CURSANDO COM COLESTASE E DIAGNÓSTICO TARDIO DE ADENOCARCINOMA METASTÁTICO EM PACIENTE COM HIV: RELATO DE CASO

Introdução: a paracoccidioidomicose (PCM) é uma micose sistêmica, distribuída nos trópicos, que acomete principalmente pulmões, pele e trato linfático, de caráter granulomatoso crônico, que evolui geralmente de forma insidiosa. São relatados na literatura casos de PCM que mimetizam neoplasias, especialmente quando ocorre linfonodomegalia em via biliar. O caso a seguir primeiramente teve o diagnóstico de PCM, mas havia neoplasia associada que foi diagnosticada tardiamente. Relato de caso: paciente homem, 45 anos, busca ambulatório com síndrome colestática, dor abdominal e emagrecimento com etiologia a esclarecer. Tomografia e colangiorressonância com dilatação das vias biliares intra-hepáticas com suspeita de processo expansivo associado. Antecedente de HIV em tratamento regular, nega outras patologias. Foi proposto internação para investigação com a equipe de cirurgia geral. Ao exame encontrava-se em REG, hidratado, eupneico, corado, ictérico +2/4+. Abdome flácido, doloroso à palpação difusa, RHA +, sem massas ou visceromegalias, descompressão brusca negativa. Proposta drenagem transparieto hepática por radiologia intervencionista, realizada sem intercorrências. Enviado material aspirado para anatomopatológico (AP). Proposto drenagem com prótese de via biliar endoscópica. Na EDA foi encontrada estenose ao nível do ducto colédoco com extensão até a confluência dos ductos hepáticos, sem envolver intra-hepáticos. Realizada papilotomia tática, dilatação da estenose, seguida de colocação de prótese biliar à direita e o paciente estava dreno externo em via biliar esquerda. Após dosagem de amilase normal, o paciente evoluiu dieta e foi de alta hospitalar. O resultado do AP apresentou formações leveduriformes sugestivas de PCM, negativo para malignidade. Iniciado tratamento ambulatorial com sulfametoxazol e trimetoprim. O paciente apresentou um período com melhora clínica, porém evoluiu posteriormente para diversas internações hospitalares persistindo as queixas prévias, alto débito no dreno e infecção. Foi realizada nova CPRE com hipótese de obstrução da prótese biliar, mas estava funcionante. Optou-se por laparotomia exploradora que evidenciou lesão endurecida em bordo hepático e diminutos nódulos peritoneais sugestivos de carcinomatose (material coletado para AP). O AP mostrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado. O paciente evoluiu para óbito após dois meses. Discussão: outros casos que envolvem paracoccidioidomicose e câncer são descritos na literatura, mas geralmente a primeira hipótese é de neoplasia e o diagnóstico da micose surge tardiamente. O presente relato mostra o contrário. Com isso, pode-se fazer um novo alerta: em pacientes com síndrome colestática e consumptiva, mesmo com AP indicando a presença do fungo, é necessário utilizar outros meios diagnósticos para afastar completamente a possibilidade de neoplasia, especialmente naqueles que não apresentam evolução clínica totalmente favorável com o tratamento da micose.

Palavras-chave: Paracoccidioidomicose; Adenocarcinoma; Via biliar

ID: 113584

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lis Henney de Medeiros Teixeira / Medeiros, L, H. / Unimax - Indaiatuba/SP; Lincoln Rangel de Medeiros Teixeira / Medeiros, L. / Cirurgião Geral - Hospital Augusto de Oliveira Camargo/SP; Pollyana Moustafa Bezerra Ghanem / Ghanem, P,B,M. / Cirurgiã Geral - Hospital Augusto de Olivera Camargo / SP; Renan Franco de Oliveira Guimarães / Guimarães, R,F,O. / Unimax - Indaiatuba/SP; Marinaldo Corrêa Barbosa de Oliveira / Correa, M,B. / Unimax - Indaiatuba/SP; Marcela Maria Ferreira Lippe / Lippe, M,M,F. / Unimax - Indaiatuba/SP;

Título: PERFURAÇÃO INTESTINAL DEVIDO MIGRAÇÃO DE PRÓTESE BILIAR: UM RELATO DE CASO.

INTRO: O presente artigo relata o caso de uma perfuração intestinal devido a migração de prótese de via biliar com o objetivo de contribuir para revisão de literatura sobre assunto visto a raridade dessa complicação na prática médica. É necessário a realização de estudos que possam comprovar os fatores preditores de complicações após a inserção de prótese na via biliar, visto que as patologias desta região frequentemente necessitam da realização da CPRE. RELATO: Paciente sexo feminino, 68 anos, branca. Procurou o Serviço Hospitalar devido quadro de dor abdominal em fossa ilíaca esquerda associada a náuseas, episódios de vômito, febre e icterícia após 11 dias de colocação de 2 próteses de via biliar 10Fr devido quadro de Colangite Aguda e Dilatação de vias biliares. Apresentava-se em bom estado geral, Hipocorada, Desidratada, Ictérica e Taquicárdica. Ao exame abdominal: doloroso à palpação superficial e profunda globalmente, mais acentuada em FIE. Descompressão Brusca positiva. Foi realizada uma Tomografia de Abdômen que evidenciou migração do stent biliar e pneumoperitônio. Foi indicada a Laparotomia Exploratória e evidenciada presença de prótese de via biliar em Apêndice Epiploico de Sigmóide, o perfurando. Realizada Enterotomia Segmentar cerca de 20cm da Válvula Íleo-Cecal (VIC) devido à perfuração do Intestino Delgado por Stent de Via Biliar e Enterectomia do Íleo perfurado. Paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta hospitalar com encaminhamento para serviço especializado de Fígado e Vias biliares. Discussão: As perfurações intestinais relacionadas à prótese de via biliar são causadas principalmente por migração do stent biliar distal e esta complicação é relatada em 6% dos casos. Portanto, é muito importante determinar os fatores de risco da migração do stent biliar. Quanto aos fatores relacionados com a prótese, Pieter et al afirmam que o tipo de stent não é significamente estatístico para a ocorrência da migração. De acordo com Sakai P et al os dois tipos básicos de próteses que estão disponíveis são: as plásticas, de menor custo e obstrução mais precoce e as metálicas, auto expansíveis, de maior custo unitário. As próteses plásticas são mais indicadas quando a expectativa de vida do paciente for de até seis meses, visto que são mais fáceis de inserir. A endoprótese metálica é preferível em pacientes com expectativa de vida maior que seis meses, pois elas tem menor chance de obstrução e permanecem por mais tempo. Na revisão dos estudos, a eficácia da passagem de próteses é de aproximadamente 90%. O sucesso do alívio dos sintomas nos pacientes com drenagem completa é em torno de 80%. Concluímos que é necessário a realização de estudos que possam comprovar os fatores preditores de complicações após a inserção de prótese na via biliar visto que as patologias desta região frequentemente necessitam dessa intervenção endoscópica. Apresentamos um caso raro de complicação que foi passível de tratamento cirúrgico com sucesso.

Palavras-chave: Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada; Prótese de via biliar; Migração de stent

ID: 113837

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Laura Lisboa de Souza / SOUZA, LAURA LISBOA DE / HOSPITAL SÃO JOSÉ ; João Bergmann / BERGMANN, JOÃO / HOSPITAL SÃO JOSÉ; Vitória Balduino Teixeira / TEIXEIRA, VITÓRIA BALDUINO / HOSPITAL SÃO JOSÉ; Fabricio Souza Bitencourt / BITENCOURT, FABRICIO SOUZA / HOSPITAL SÃO JOSÉ;

Título: RELATO DE CASO: SINDROME DE MIRIZZI

Introdução: A síndrome de Mirizzi é condição rara, em que há compressão extrínseca com obstrução do ducto hepático comum, predomínio em mulheres. A incidência da síndrome de Mirizzi encontra-se entre 0,7 1,4% dos pacientes submetidos a colecistectomia; apesar disso, algumas revisões sistemáticas sugerem a síndrome de Mirizzi como uma causa comum de lesão de via biliar durante colecistectomia convencional. Sendo assim, a patologia tem sido cada vez mais estudada e diagnóstica pré-operatória, a fim de reduzir o risco cirúrgico das anormalidades anatômicas que presentes nos casos. Relato de caso: Paciente J. D. R., 32 anos, sem comorbidades ou medicações de uso contínuo, história de laparotomia exploradora prévia por acidente automobilístico em que foi realizada esplenectomia e nefrorrafia a esquerda. Procurou emergência por dor abdominal há 2 dias, associado a náuseas e vômitos, sem febre, história prévia de icterícia intermitente, sem sintomas colestático no momento, sem perda ponderal no último período. Realizou USG abdome total que evidenciou colelitíase, coledocolitíase e dilatação de vias intra-hepáticas. Paciente foi internado com vistas a realização de colangiorressonância magnética de abdome superior e planejamento cirúrgico. Evidenciou-se no exame presença de cálculo de 1,5cm impactado em colo de vesícula biliar, determinando compressão extrínseca sobre ducto hepático comum, dilatação de vias biliares intra-hepáticas. Paciente foi submetido a tratamento cirúrgico, sendo realizado colecistectomia, exploração de via biliar, evidenciado dilatação importante de colédoco, optado por realização de derivação biliodigestiva. Paciente teve boa evolução pos operatória, recebendo alta no 4PO com retorno para avaliação de dreno tubulolaminar. Retornou no 10PO na emergência por saída de conteúdo bilioso pela FO, realizado TC abdome superior evidenciando fístula de anastomose. Optado por nova abordagem cirúrgica para direcionamento da fístula. Paciente recebeu alta no 4PO, retornando no 20PO para avaliação de dreno, mínima saída de secreção biliosa, sendo retirado dreno vigia, com seguimento ambulatorial. Discussão: a síndrome de Mirizzi insere-se no diagnóstico diferencial de síndromes colestáticas, pois algumas literaturas sugerem a patologia como uma causa sintomática que culminam com a colecistectomia e abordagem de via biliar. Características como icterícia intermitente e outras consequências da colestase contribuem para a síndrome atualmente ser progressivamente estudada para o desenvolvimento de algoritmos terapêuticos, visando adequada abordagem cirúrgica. Diante disto, é inerente a importância do diagnóstico pré-operatório desta patologia. Ainda que algumas literaturas coloquem a laparoscopia como diagnóstica, os métodos de imagem ganham cada vez mais importância no diagnóstico para o tratamento precoce.

Palavras-chave: MIRIZZI; VIAS BILIARES; ICTERICIA

ID: 113528

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Gabriel da Silva Vasconcellos / Vasconcellos, G. S. / Universidade Estácio de Sá - Presidente Vargas RJ ; Mariana Magri Freire / Magri, M. F. / Universidade Estácio de Sá - Presidente Vargas RJ; Maria Clara de Almeida Issa / Issa, M. C. / Universidade Estácio de Sá - Presidente Vargas RJ;

Título: RELATO DE CASO: SÍNDROME ÍLEO BILIAR E A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E DA ABORDAGEM CIRÚRGICA PRECOCE NA URGÊNCIA.

Introdução: A síndrome íleo biliar é uma causa rara, potencialmente grave de obstrução do trato gastrointestinal pela impactação de um cálculo proveniente da via biliar. Trata-se de uma complicação da doença calculosa da vesícula biliar, acometendo principalmente idosos entre 65 e 75 anos, com predominância no sexo feminino. A fisiopatologia consiste em um quadro de colelitíase que evolui para formação de uma fístula bilioentérica que em até 60% dos casos é uma comunicação colecistoduodenal, permitindo a passagem do cálculo para o trato gastrointestinal. O quadro clínico cursa com sintomas de obstrução intestinal completa ou incompleta. Essa patologia representa 1-4% dos quadros de obstrução intestinal mecânicas. O diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica de urgência podem reduzir os índices de morbimortalidade decorrentes dessa doença. Por isso, esse estudo relata um paciente idoso com história clínica clássica à literatura que, após diagnóstico precoce, teve boa evolução devido a abordagem cirúrgica correta e boa assistência médico-hospitalar, com um desfecho positivo, Relato de caso: Apresentamos um paciente masculino, 77 anos com queixa de dor abdominal difusa há 4 dias, associada a vômitos fecalóides e ausência de eliminação de fezes ou flatos há 5 dias. História pregressa de colelitíase, Ao exame físico, apresentava abdome flácido, pouco depressível, com dor à palpação profunda e superficial difusa, sem sinais de irritação peritoneal. A tomografia sem contraste de abdome e pelve evidenciou aerobilia em sítio de ducto biliar e vesícula biliar de parede espessada, com foco gasoso e aparente fístula colecistoduodenal. Observado imagem ovalada única e heterogênea na luz de íleo terminal, sugestivo de cálculo, medindo 3,2 cm em seu maior diâmetro axial e distensão de alças entéricas, com sinais de obstrução alta. O paciente foi submetido a laparotomia exploradora. No inventário da cavidade foi observado pouco líquido livre, ausência de pus, alças de delgado levemente edemaciadas e distendidas e cálculo de aproximadamente 5cm impactado no íleo, à 20cm da válvula íleo-cecal. Realizada enterotomia para extração do cálculo e enterorrafia em 2 planos, com lavagem da cavidade e posicionamento de sonda gástrica. No pós-operatório imediato foi encaminhado ao CTI, sob antibioticoterapia. Seguiu com boa evolução e sem intercorrências, recebendo alta hospitalar 11 dias após internação. Discussão: O quadro clínico e idade avançada corroboram com os achados da literatura, ainda que o paciente seja do sexo masculino, ao contrário do apontado pela epidemiologia. Além disso, foram observados achados radiológicos considerados patognomônicos para essa condição, composto por aerobilia, cálculo biliar ectópico e sinais de obstrução alta, denominada como Tríade de Rigler Os cálculos causadores de obstrução, usualmente, são maiores ou iguais a 2,5cm e o local de acometimento mais comum é o íleo em até 70% dos casos, bem como o exposto no caso.

Palavras-chave: cálculo biliar ; Obstrução intestinal; Ìleo

ID: 112510

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Júlio Cappello Santos / Santos, J. C. / UEL; Felicia Maria Lorenzo Clozel Berti / Berti, F. M. L. C. / UEL; Guilherme de Godoy dos Santos / Dos Santos, G. G. / UEL; Antonio Cesar Marson / Marson, A. C. / UEL; Rafaela de Lemos Lepre / Lepre, R. L. / UEL; Murilo Masanobu Tomiyoshi / Tomiyoshi, M. M. / UEL; Ascêncio Garcia Lopes Junior / Lopes Junior, A. G. / UEL; Luiz Joia Neto / Joia Neto, L. / UEL;

Título: SÍNDROME COLESTÁTICA POR PSEUDOCISTO PANCREÁTICO

INTRODUÇÃO: A síndrome colestática por pseudocisto pancreático em cabeça de pâncreas comprimindo a via biliar distal é entidade rara. Síndrome colestática é definida por sinais e sintomas causados pela redução do fluxo de bile ao duodeno. É classicamente manifestada por icterícia, colúria, acolia fecal e prurido. A depender do ponto de obstrução, se presente, é classificada como intra ou extra-hepática. As principais etiologias extra-hepáticas são coledocolitíase, estenoses benignas do ducto biliar, síndrome de Mirizzi e neoplasias periampulares. Raramente a obstrução é causada por psedocisto pancreático. O pseudocisto pancreático é uma coleção fluida que contém secreção pancreática ou conteúdo hemático, circundada por parede fibrosa não revestida por epitélio e em comunicação com o sistema ductal pancreático. Geralmente é secundário à pancreatite crônica de etiologia alcoólica ou resultado de pancreatite aguda de etiologia biliar. RELATO DE CASO: MSR, masculino, 56 anos, sem comorbidades, tabagista e etilista crônico. Foi atendido no Pronto Socorro com quadro característico de pancreatite associado a colestase e perda de peso. Ao exame físico apresentava dor abdominal difusa, irritação em hipocôndrio direito e massa palpável, indolor e endurecida em epigástrio. Apresentava exames laboratoriais sugestivos de colestase e sorologias negativas para doenças infecciosas. Os exames de imagem (TC e RNM) revelaram formação cística em cabeça de pâncreas, comprimindo vias biliares distais, e calcificações pancreáticas. Paciente foi submetido a drenagem percutânea de vias biliares, incialmente, e a drenagem interna pseudocisto-gástrica por laparotomia e via gastrotomia anterior. Evoluiu bem e recebeu alta no oitavo pós-operatório. Apresentou evidências laboratoriais e em exame de imagem (tomografia) de resolução completa da colestase no acompanhamento ambulatorial. Permanece em acompanhamento e assintomático. DISCUSSÃO: Há uma quantidade escassa de casos de pseudocisto pancreático causando síndrome colestática descritos na literatura. Há intensa associação entre a formação do pseudocisto e o etilismo. Comumente os pacientes se apresentam com icterícia, sendo a dor em andar superior de abdômen e prurido outros achados comuns. Os exames de imagem solicitados para avaliação são divergentes entre os relatos, em parte dado intervalo de tempo entre eles, sendo constatada a utilidade da TC para o diagnóstico. A intervenção cirúrgica com consequente drenagem do pseudocisto é o tratamento padrão para a condição, não raramente sendo antecedido por drenagem percutânea de via biliar. O prognóstico tende a ser favorável, com resolução do quadro de icterícia. O caso aqui apresentado está em concordância com outros relatados pela literatura, tanto em sua apresentação como em seu diagnóstico e conduta. É importante, portanto, considerar essa etiologia no diagnóstico diferencial das síndromes colestáticas.

Palavras-chave: Síndrome Colestática; Pseudocisto pancreático; Pancâncreas

ID: 112879

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Rafael Menasche Soichet / Soichet, R. M / Hospital Federal de Ipanema ; Giovanna Pinho Pereira / Pereira, G. P / Hospital Federal de Ipanema; Camilla Farias de Souza Cruz / Cruz, C. F. S. / Hospital Federal de Ipanema; Frederico Japiassu Santiago / Santiago, F. J. / Hospital Federal de Ipanema; Karina de Oliveira Bokel Zborowski / Zborowski, K. O. B. / Hospital Federal de Ipanema; Renato Cano de Souza / Souza, R. C. / Hospital Federal de Ipanema; Matheus Gonçalves Silva / Silva, M. G. / Hospital Federal de Ipanema; Thais Jachelli Correa / Correa, T. J. / Hospital Federal de Ipanema;

Título: SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO V - RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO A síndrome de Mirizzi é causada pela obstrução do ducto hepático comum ou do ducto colédoco por compressão extrínseca de um ou de mais cálculos no infundíbulo. Com impactações recorrentes, formam-se fístulas da vesícula biliar para o ducto hepático comum, colédoco ou duodeno. A sintomatologia é semelhante a de colecistite aguda ou crônica com sinais de colestase. O diagnóstico ideal para litíase biliar é a Ultrassonografia (USG) de abdome, porém exames como a Tomografia computadorizada e a Ressonância magnética de abdome podem ser úteis, além de diagnosticarem complicações. A colangiorressonância e a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica auxiliam na diferenciação entre coledocolitíase e síndrome de Mirizzi. RELATO DE CASO R.R.M, feminina, 40 anos, hipertensa, apresenta dor em hipocôndrio direito e epigástrio, iniciada há 3 anos, em queimação, de alta intensidade, após ingestão de alimentos gordurosos. A frequência e a intensidade da dor aumentaram quando apresentou icterícia, colúria, acolia fecal e vômitos. Realizou USG abdominal que evidenciou fígado de dimensões aumentadas, dilatação das vias biliares e da vesícula biliar, com parede fina, cálculo de 2,0 cm no infundíbulo, obliterando o terço médio do segmento hepatocolédoco. Houve aumento nas transaminases hepáticas, nas enzimas canaliculares e de bilirrubina total às custas de bilirrubina direta. Realizou colangiorressonância que identificou cálculo de 1,9 cm impactado no infundíbulo, exercendo efeito compressivo sobre a parede lateral do colédoco, com ectasia do ducto hepático a montante e da via biliar intrahepática. Foi submetida à Colecistectomia Parcial Videolaparoscópica com achado de fístula colecistocoledociana envolvendo mais de 2/3 da circunferência da via biliar e fístula colecistoduodenal, tipo V da classificação de Csendes. Realizada ressecção do fundo da vesícula biliar com tentativa de extração do cálculo da via biliar sem êxito, convertendo o procedimento para laparotomia. Realizada ressecção da via biliar distal com retirada do cálculo impactado em colédoco distal e confeccionada hepaticojejunostomia em Y de Roux. Realizada sutura da parede duodenal no local da fístula. DISCUSSÃO A síndrome de Mirrizi é tratada cirurgicamente e cerca de 50% dos pacientes são diagnosticados no intraoperatório. O manejo sofre influência da classificação de Csendes, que caracteriza a fístula colecistobiliar de acordo com a destruição das vias biliares. Baseando-se na nova classificação o tipo V é caracterizado pela presença de fístula colecistoentérica em conjunto com outro subtipo de Mirizzi. A abordagem cirúrgica comumente realizada é a incisão no fundo da vesícula e retirada do cálculo impactado por via laparoscópica. A conversão cirúrgica costuma ocorrer quando há chances de lesão da via biliar. Pacientes com Mirizzi tipo V necessitam de outra intervenção além da colecistectomia parcial, sendo a hepaticojejunostomia em Y de roux o procedimento adequado.

Palavras-chave: Mirizzi ; Csendes ; Litíase

ID: 113402

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Lucas Medina Areosa / Areosa, L.M / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Karina Ferreira Ribeiro Homobono / Homobono, K.F.R / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Amanda Casagrande Dias / Dias, A.C / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Raimundo Nonato Ribeiro de Oliveira Junior / Oliveira Junior, R.N.R / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Prisco de Paiva Bezerra Segundo / Bezerra Segundo, P.P / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Vinicius Sussuarana Rocha / Rocha, V.S / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Karen Lury Abe Emoto / Emoto, K.L.A / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP; Anna Cristina Pires da Luz Doria / Doria, A.C.P.L / Universidade Federal do Amapá - UNIFAP;

Título: SÍNDROME PILÓRICA POR ADERÊNCIA DE REMANESCENTE CÍSTICO: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: As síndromes pós colecistectomia podem ser definidas como a persistência de sintomas após a colecistectomia, neste contexto entre as causas possíveis destaca-se: litíase de colédoco, cálculos biliares residuais, discinesia de esfincter de Oddi, e mais raramente vesícula biliar residual, além das causas não biliares. RELATO DE CASO: Paciente feminino, 71 anos evoluindo nos últimos 6 meses com histórico de perda ponderal, plenitude e vômitos pós prandiais, referia histórico cirúrgico de colecistectomia há mais de 10 anos, investigada com EDA evidenciando estreitamento pilórico e antro distal com sinais de compressão extrínseca, sem evidencias de neoplasias ou estenoses pépticas, TC de abdome evidenciando lesão próxima a hilo hepático, de aspecto cístico, optado por abordagem cirúrgica, evidenciado lesão em leito hepático comunicante com ducto colédoco, promovendo firme aderência com primeira porção duodenal, sem plano de dissecção, optado por ressecção em bloco, tipo gastroduodenopancreatectomia, evoluindo em pós operatório com desfecho desfavorável. Discussão A Gastroduodenopancreatectomia para algumas doenças ainda é a única alternativa curativa, tanto para afecções benignas quanto malignas, figuram entre as etiologias, principalmente os tumores periampulares, apesar dos beneficios atrelados a esta técnica cirúrgica, ainda são associados altos índices de morbi-mortalidade, principalmente em centros que não são referência para tais casos. No presente relato destaca-se uma afecção benigna, de baixa incidência, como etiologia de síndrome pós colecistectomia, não sendo encontrados casos semelhantes em literatura como etiologias para obstruções pilóricas.

Palavras-chave: sindrome pos colecistectomia

ID: 113412

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Marcella de Albuquerque Wanderley / WANDERLEY, M. A. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Aline Perciano Lopes Toledo / TOLEDO, A. P. L. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Elyjah Karlla Silva Quintela Abreu / ABREU, E. K. S. Q. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Antonio Lopes Muritiba Neto / NETO, A. L. M. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Jacob Rego de Miranda / MIRANDA, J. R. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Renato Rezende Rocha / ROCHA, R. R. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Edmundo Guilherme de Almeida Gomes / GOMES, E. G. A. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Leonardo Wanderley Soutinho / SOUTINHO, L. W / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ;

Título: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CISTO DO COLÉDOCO GIGANTE COM ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA EM Y DE ROUX - RELATO DE CASO.

INTRODUÇÃO: Cistos do colédoco são anomalias raríssimas, caracterizadas por dilatação desproporcional dos ductos biliares intra e/ou extra-hepáticos. Esses cistos estão associados à diversas complicações como degeneração maligna, colangite, ruptura, formação de cálculos, cirrose biliar secundária, pancreatite, entre outros. A tríade clínica clássica é composta por dor abdominal, icterícia e massa palpável. O cisto pode ser visualizado por vários métodos complementares. A sua grande complicação é a alta taxa de malignização (até 30%). Os princípios terapêuticos consistem em exérese do cisto e reestruturação da comunicação biliodigestiva. Apresentamos um caso de cisto do colédoco tipo IA da classificação de Todani et al em um adulto. RELATO DE CASO: Paciente do sexo masculino, 33 anos, atendido no ambulatório com quadro de dor abdominal difusa, icterícia flutuante (++/4+) e massa palpável em hipocôndrio direito além de perda ponderal. Realizou ressonância magnética de abdome com achado de volumoso cisto em colédoco. Submetido a colecistectomia convencional, com incisão de J invertido e exérese de cisto de grande volume em colédoco (2300 ml). Grande dificuldade de liberação da cabeça pancreática marcou a cirurgia. A inspeção da peça operatória não foi vista tumoração biliar, apresentava focos hemorrágicos na parede do cisto. Foi realizada derivação biliodigestiva com anastomose em Y de Roux. Evoluiu com dor abdominal difusa no primeiro pós-operatório e achados tomográficos de hemoperitônio, sendo submetido a laparotomia exploradora com achado de hematoma perihepático. Necessitou de transfusão de hemoderivados. O anatomopatológico evidenciou colecistite crônica ativa e cisto de colédoco com reação inflamatória na parede. Evoluiu de forma satisfatória no pós-operatório e permanece sem queixas no retorno ambulatorial. DISCUSSÃO: Os cistos do colédoco se originam da união anômala do ducto pancreaticobiliar, secundária a migração do coledocopancreático para parede duodenal. Outras possíveis etiopatogenias seriam o enfraquecimento da parede do ducto biliar, aumento da pressão intra-biliar, inervação autonômica inadequada, disfunção do esfíncter de Oddi e obstrução distal do ducto biliar comum. Os cistos do colédoco raramente são diagnosticados na fase adulta, sendo 80% dos casos sintomáticos antes dos dez anos de idade. A classificação de cisto de colédoco mais utilizada na literatura mundial é descrita por Todani et al. em 1977, que estratifica os pacientes em cinco grupos de acordo com o local, a extensão e a forma das alterações císticas. Em função da sua associação com o câncer, a maioria dos autores tem proposto ressecção cirúrgica dos cistos do colédoco do tipo I e II, seguido de reconstrução do trânsito em Y de Roux, que fornece os melhores resultados, com baixa morbidez e mortalidade. Quando não operados, os pacientes podem evoluir com obstrução biliar completa, cirrose biliar secundária, hipotensão e colangite séptica por infecção grave.

Palavras-chave: CISTO DE COLÉDOCO; ANASTOMOSE EM Y DE ROUX; VIAS BILIARES

ID: 113219

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Luísa Della Líbera Murari / Murari, L. D. L. / Faculdade de Medicina de Catanduva; Juliana Spir Barrionuevo / Barrionuevo, J. S. / Faculdade de Medicina de Catanduva; Beatriz de Souza Cavarzan / Cavarzan, B. S. / Faculdade de Medicina de Catanduva; Isadora da Silva Caldeira / Caldeira, I. S. / Faculdade de Medicina de Catanduva; Mário Eliver Ocampo Alves / Alves, M. E. O. / Faculdade de Medicina de Catanduva; João Gabriel Romero Braga / Braga, J. G. R. / Faculdade de Medicina de Catanduva;

Título: TRAUMA PENETRANTE POR ARMA BRANCA: UMA CAUSA RARA DE LESÃO DE VIA BILIAR EXTRA-HEPÁTICA ISOLADA

A lesão das vias biliares extra-hepáticas no trauma é rara. Em geral, nos traumas abdominais, o acometimento dessas estruturas ocorre em 2 a 5% dos casos. Pela baixa incidência e a raridade de relatos na literatura, as lesões dos canais biliares constituem desafio à perícia médica, tanto pelo difícil diagnóstico quanto pela carência de recursos materiais e humanos com morbidade significativa, na maior parte dos casos, por lesão concomitante de estruturas vasculares vizinhas. O relato visa discorrer sobre a raridade do acometimento dessa porção anatômica do ducto colédoco em traumas penetrantes de forma isolada. Foi descrito um caso de um paciente masculino de 39 anos, que deu entrada no pronto-socorro após ser vítima de um ferimento por arma branca. Na admissão estava consciente, orientado, com sinais vitais dentro dos parâmetros da normalidade e hemodinamicamente estável. Foi solicitada uma tomografia de abdome com contraste e, após investigação, foi diagnosticada uma descontinuidade da parede abdominal anterior em topografia de hipocôndrio direito, associado a pequeno enfisema subcutâneo, laceração de 2cm no segmento IVb do fígado e líquido livre na cavidade abdominal de provável origem hemática. Em aproximadamente 20h, o paciente evoluiu com piora da dor, taquicardia e descompressão brusca positiva em hipocôndrio direito. A partir desse momento, devido à mudança no padrão clínico, optou-se por indicar uma laparotomia exploradora. Durante o ato cirúrgico, observou-se pequena laceração em segmento IV do fígado e coleperitônio. Ao avaliar o hilo hepático foi diagnosticada perfuração anterior e posterior do colédoco (transfixação pela arma branca) como fonte de extravasamento de bile. Devido ao achado da lesão transfixante do colédoco médio, optou-se por realizar colecistectomia e hepatojejunostomia em Y de Roux. Quanto ao tratamento, é necessário, devido ao extrassamento de bile, uma abordagem invasiva, a via e o tipo de terapêutica vai depender do quadro clínico e da estabilidade hemodinâmica do paciente. Em virtude da gravidade do caso apresentado, é importante ressaltar sua raridade e seu complexo tratamento, uma vez que nessas situações o ducto colédoco é fino e de paredes delgadas tornando sua abordagem um desafio.

Palavras-chave: Trauma penetrante; Via biliar; Colédoco

ID: 113879

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: E-Pôster (Relato de caso)

Autores: Laura Nunes Rotta / Rotta, L. N. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Eduardo Machado Rotta / Rotta, E. M. / Hospital Beneficência Portuguesa; Gabriela Jacques / Jacques, G. / Hospital Nossa Senhora da Conceição; Isadora Frois Ourique / Ourique, I. F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição;

Título: VESÍCULA BILIAR RESIDUAL: TRATAMENTO VIDEOLAPAROSCÓPICO DE CASO COMPLICADO

INTRODUÇÃO: A colecistectomia subtotal é uma técnica alternativa no tratamento cirúrgico da colelitíase sintomática, realizada em cerca de 13,3% dos casos, quando há dificuldade de identificação das estruturas anatômicas e risco de lesão da via biliar principal. Cerca de 10% dos pacientes desenvolvem sintomas após a cirurgia, principalmente dor abdominal superior e dispepsia, associados ou não a icterícia. A apresentação inicial pode ser precoce ou tardia, variando entre 2 dias até 25 anos após. Neste relato, abordamos o caso de uma paciente que iniciou com sintomas após a colecistectomia, destacando as condutas empregadas, e expondo uma revisão sobre um tema que ainda é pouco explorado na literatura, o manejo e os desfechos da litíase biliar recorrente após colecistectomia. RELATO: Paciente feminina, 66 anos, história de colecistectomia por incisão pararretal direita devido à colecistite aguda há 17 anos. Iniciou com dor em hipocôndrio direito há cerca de um mês, associado a náuseas. À colangiorressonância, verificado cálculo em coto de ducto cístico. Submetida à videolaparoscopia diagnóstica, presença de aderências firmes entre estômago, epíplon, ligamento redondo previamente seccionado e cólon ao leito hepático e parede abdominal anterior, determinando inacessibilidade a este quadrante. Inserido trocater de 5mm em epigastro e de 10mm em flanco esquerdo para lise de aderências. Após, foi inserido trocater de 5mm em flanco direito. Realizado desbloqueio com pinça Ligasure de leito hepático, duodeno e via biliar principal, identificada vesícula biliar residual de aproximadamente 3,5cm contendo cálculo de mesmo tamanho. Isolado pedículo, ducto cístico sem sinais de calculose, realizada critical view. Ligados artéria cística com Ligasure e ducto cístico com clip metálico. Descolada vesícula biliar residual e retirada por sítio umbilical. Paciente evoluiu bem, recebeu alta no dia seguinte. DISCUSSÃO: A colecistectomia subtotal é considerada um procedimento de controle de danos para casos difíceis. Há uma classificação para a vesícula biliar remanescente em dois subtipos: tipo I representado pelo coto de ducto cístico longo, e o tipo II pelo coto de vesícula biliar. Este último é mais propenso a causar sintomas, e é a classificação do caso relatado. O diagnóstico é feito por exames de imagem, e é facilitado quando o paciente tem informações sobre a primeira cirurgia. O tratamento é a ressecção do remanescente. A reoperação deve ser realizada por uma equipe experiente, a anatomia difícil coloca a via biliar em risco de lesão. Obter informações pré-operatórias da anatomia de Calot pode contornar esse problema, e a colangiorressonância é o exame padrão-ouro para avaliar localização dos cálculos e o delineamento das vias biliares. Além disso, destaca-se a importância de informar o paciente quando não é possível realizar a ressecção completa da vesícula biliar, o que pode facilitar a identificação de uma complicação a longo prazo como nesse relato.

Palavras-chave: colecistectomia; vesícula biliar residual; colelitíase

ID: 113838

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Gabriel Mattucci Domingues Pereira / Pereira, G. M. D. / HC-FMUSP; Matheus Liao / Liao, M. / HC-FMUSP; Rosa Maria Affonso Moysés / Moysés, R. M. A. / HC-FMUSP; Sérgio Samir Arap / Arap, S. S. / HC-FMUSP; Melani Ribeiro Custódio / Custódio, M. R. / HC-FMUSP; Marília D Elboux Guimarães Brescia / Brescia, M. D. G. / HC-FMUSP; Vanda Jorgetti / Jorgetti, V. / HC-FMUSP; Fábio Luiz de Menezes Montenegro / Montenegro, F. L. M. / HC-FMUSP;

Título: COMPARAÇÃO DOS CUSTOS DE MEDICAMENTOS APÓS PARATIREOIDECTOMIA TOTAL E SUBTOTAL NO HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO

Objetivo: A paratireoidectomia subtotal (PTx-S) e a paratireoidectomia total com autoenxerto imediato (PTx-AE) são técnicas bem estabelecidas para o tratamento do hiperparatireoidismo secundário refratário (HPTS), com melhora equiparável na qualidade de vida e sobrevida dos pacientes. No entanto, os custos de longo prazo após essas operações podem impactar na escolha da técnica cirúrgica. O objetivo do estudo é analisar se existe alguma diferença entre os custos no uso de medicação após cada um dos procedimentos, considerando possíveis impactos sobre o Sistema Único de Saúde. Além disso, objetivou-se verificar se existem outros fatores com impacto no custo pós-procedimento. Método: Estudo prospectivo e randomizado em pacientes com HPTS grave submetidos a PTx-S e PTx-AE. Análise dos custos de medicação prescrita no pós-operatório em 1, 3, 6, 12 e 18 meses. Os custos foram estimados de acordo com os valores do sistema de pagamentos do governo. As medicações de 65 pacientes após PTx-AE foram comparadas com as de 24 pacientes após PTx-S. Também foi feita a comparação dos custos totais do período entre 38 homens e 51 mulheres. Resultados: Houve 89 casos avaliáveis (51 mulheres), com mediana (mínimo-máximo) de idade de 47 anos (16-68). Os níveis medianos de cálcio total no pré-operatório eram de 9,7 mg/dL (7,1-12,0), de Hormônio da Paratireoide (PTH) 1552 pg/mL (436-7657) e os de fósforo de 5,3 mg/dL (2,7-10,2). A mediana dos custos totais dos medicamentos no período analisado foi de R$8.375,00 (474,40-41.703,00) por paciente. Não houve diferença nos custos por paciente do grupo submetido a PTx-S se comparados aos grupos submetidos a PTx-AE. A mediana dos custos de calcitriol no grupo como um todo foi de R$560,0 (0-2698) no primeiro mês, R$357,4 (0-2947) no terceiro mês, R$246,3 (0-7004) no sexto mês e 0 (0-20038) nos meses seguintes. Já a mediana dos custos de cálcio foi de R$508,4 (0-6169) no primeiro mês, R$332,9 (0-20563) no terceiro mês, R$197,3 (0-17350) no sexto mês, R$178,4 (0-8886) no décimo segundo mês e R$19,8 (0-13164) no décimo oitavo mês. Quanto à mediana de custos do sevelamer, foi de 0 (0-2624) no primeiro mês, 0 (0-2588) no terceiro mês, 0 (0-4181) no sexto mês, 0 (0-7082) no décimo segundo mês e R$128,0 (0-7992) no décimo oitavo mês. A mediana dos níveis de PTH pré-operatório nos homens foi de 1869 pg/mL (639-7657) e de 1325 pg/mL (436-4117) nas mulheres (p=0,0013). A mediana dos custos totais para os homens foi de R$11.063,0 (2322-38748) e de R$7.651,0 (474,4-41703) para as mulheres (p=0,0078). Conclusões: O tipo de paratireoidectomia não impactou nos custos após a cirurgia. No primeiro ano após a cirurgia, o uso de cálcio e calcitriol é mais significativo em comparação a outras medicações. Nos meses seguintes, o uso de sevelamer é responsável pelos maiores custos. Homens apresentam custos maiores no seguimento ambulatorial depois da cirurgia.

Palavras-chave: paratireoidectomia; custos; hiperparatireoidismo secundário

ID: 113792

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Felipe Ferraz Magnabosco / Magnabosco, F. F. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Marilia D elboux Guimarães Brescia / Brescia, M. D. G. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Climério Pereira Nascimento Júnior / Nascimento Júnior, C. P. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Ledo Mazzei Massoni Neto / Massoni Neto, L. M. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Sergio Samir Arap / Arap, S. S. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Luiz Paulo Kowalski / Kowalski, L. P. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Regina Matsunaga Martim / Martim, R. M. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Fabio Luiz de Menezes Montenegro / Montenegro, F. L. M. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

Título: IMPACTO DO TEMPO LIVRE DE RECIDIVA SOBRE A MORTALIDADE EM PACIENTES COM CARCINOMA DE PARATIREOIDE

OBJETIVO: A experiência no manejo e o conhecimento do comportamento biológico do carcinoma de paratireoide (CP) ainda são limitados, mesmo em grandes centros, dada sua raridade. O objetivo do presente estudo foi analisar a característica dos pacientes tratados cirurgicamente para CP, em particular quanto a fatores de pior prognóstico para recorrência e mortalidade. MÉTODO: Estudo de coorte, retrospectivo, incluindo todos os pacientes tratados por CP (primeiro tratamento ou por recorrência), entre 2000 e 2021, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foram incluídos pacientes que receberam cirurgia como tratamento principal. Todos os laudos anatomopatológicos foram revisitados de modo a padronizar a classificação de estadiamento (8ª edição do TNM). Foram considerados parâmetros clínicos, demográficos, genéticos, laboratoriais, histopatológicos, tipo de cirurgia inicial, realização ou não de adjuvância e desfecho. Intervalos considerados: pré-operatório, pós-operatório próximo (< 1 mês), 6 meses, 1 ano e anualmente após, interrompendo apenas caso morte ou perda de seguimento. Os pacientes que apresentaram recorrência ou persistência foram alocados no grupo A e os pacientes que não apresentaram no grupo B. RESULTADOS: Diferentes curvas foram observadas comparando os dois grupos, especialmente quanto o cálcio total (CaT) e PTH. A mediana dos valores de CaT entre os dois grupos a partir de 6 meses foi diferente (ANOVA, p = 0,02). Entretanto, após o pós-teste de comparação múltipla de Dunn, não foi observada diferença estatisticamente significante. Quanto ao PTH, apesar da mediana aparentemente ser maior no grupo A, não houve diferença significativa (ANOVA, p = 0,08). A sobrevida global foi de 80% e 66,6% em 5 e 10 anos, respectivamente, porém com a observação de paciente sobrevivendo por mais de 20 anos após o diagnóstico de CP. A sobrevida livre de doença apresentou uma mediana de 70 meses, com alguns pacientes desenvolvendo recorrência tardia (mais da metade após 5 anos). Quando comparadas as curvas de sobrevida naqueles que desenvolveram metástases, houve diferença estatisticamente significante quando esta ocorreu antes de 36 meses. Pacientes diagnosticados com recorrência antes do 3º ano de seguimento apresentaram taxa de sobrevida significativamente menor (Log-rank, p = 0,01). Ademais, todos os pacientes que apresentaram recorrência após os 36 meses permaneciam vivos, com tempo médio de seguimento de 13,6 anos. CONCLUSÕES: O PTH isoladamente não é um bom parâmetro marcador para recidiva no pós-operatório, devendo ser correlacionado com os níveis de cálcio. Pacientes com CP podem sobreviver por décadas e com chance de metástase tardia, justificando a necessidade de seguimento prolongado. O tempo decorrido do tratamento inicial e desenvolvimento de metástase pode impactar na evolução em termos de sobrevida, sendo que aqueles que apresentaram recorrência antes de 36 meses apresentaram maior taxa de mortalidade.

Palavras-chave: Paratireoide; Carcinoma; Mortalidade

ID: 113860

Área: CIRURGIA CABEÇA E PESCOÇO

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Matheus Liao / Liao, M. / FMUSP; Gabriel Mattucci Domingues Pereira / Pereira, G. M. D. / FMUSP; Rosa Maria Affonso Moyses / Moyses, R. M. A. / HCFMUSP; Sérgio Samir Arap / Arap, S. S. / HCFMUSP; Marília D elboux Guimarães Brescia / Brescia, M. D. G. / HCFMUSP; Melani Ribeiro Custódio / Custódio, M. R. / HCFMUSP; Vanda Jorgetti / Jorgetti, V. / HCFMUSP; Fábio Luiz de Menezes Montenegro / Montenegro, F. L. M. / HCFMUSP;

Título: NÍVEIS DE PARATORMÔNIO APÓS PARATIREOIDECTOMIA TOTAL COM AUTOENXERTO HETEROTÓPICO IMEDIATO PARA O TRATAMENTO DO HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO.

OBJETIVO: Atualmente, têm se buscado níveis mais altos de paratormônio (PTH) após a paratireoidectomia (PTx) para tratamento de hiperparatireoidismo secundário refratário (HPTS) para prevenção de Doença Óssea Adinâmica. Este estudo tem por objetivo entender o comportamento dos níveis de PTH em pacientes submetidos a PTx total com autoenxerto com 90 (PTx-AE-90) ou 45 (PTx-AE-45) fragmentos de paratireoide para verificar se uma quantidade maior de tecido enxertado propiciaria maiores níveis sistêmicos de PTH. MÉTODO: Estudo prospectivo randomizado em pacientes com HPTS submetidos à PTx-AE-90 ou PTx-AE-45. Foram avaliados, por intenção de tratamento, os níveis sistêmicos de PTH nos períodos de 1, 6, 12, 24, 36 e 48 meses após a cirurgia (PO). RESULTADOS: Houve 88 pacientes incluídos no estudo (46 PTx-AE-90 e 42 PTx-AE-45). A mediana (mínimo-máximo) de idade foi de 49 anos (16-68) no grupo PTx-AE-90 e de 45,5 anos (20-66) no PTx-AE-45 ($p = 0,56$). No pré-operatório, o PTH teve mediana de 1522 pg/mL (816-4188) no grupo de 90 fragmentos e de 1569 pg/mL (705-4591) no de 45. Houve redução significativa do PTH após a PTx para ambos os grupos ($p < 0,0001$). Não houve diferença significativa dos níveis de PTH entre os grupos em nenhum momento analisado do pós-operatório. Respectivamente, a mediana (mínimo-máximo) para PTx-AE-90 e PTx-AE-45 foram: 1 mês PO 70 pg/mL (3-3703) e de 49 pg/mL (10-841)($p > 0,99$), 6 meses PO 149 pg/mL (11-4505) e 68 pg/mL (7-1146) ($p = 0,10$), 12 meses PO 136 pg/mL (13-3214) e 73 pg/mL (17-836) ($p = 0,74$), 24 meses PO 124,5 pg/mL (8-1295) e 82 pg/mL (7-322) ($p > 0,99$) 36 meses PO 135 pg/mL (26-1051) e 78 pg/mL (19-396) ($p > 0,99$) e 48 meses PO, 147,5 pg/mL (18-833) e 73,5 pg/mL (9-448) ($p > 0,99$). CONCLUSÕES: A quantidade de tecido paratireóideo implantada não gerou diferença estatisticamente significativa nos níveis de PTH sistêmico em nenhum dos tempos avaliados após a cirurgia.

Palavras-chave: Hiperparatireoidismo secundário; Paratormônio; Paratireoidectomia

ID: 113565

Área: CIRURGIA DA OBESIDADE

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Gabriela Beatriz Sia / Sia, G. B. / UNICAMP; Elinton Adami Chaim / Chaim, E. A. / UNICAMP; Everton Cazzo / Cazzo, E. / UNICAMP;

Título: EFEITO DA INFECÇÃO POR H. PYLORI SOBRE A PERDA PONDERAL E DESFECHOS ENDOSCÓPICOS EM PACIENTES OBESOS SUBMETIDOS AO BYPASS GÁSTRICO EM Y DE ROUX

Objetivo: Este estudo teve o intuito de analisar dados clínicos, laboratoriais e endoscópicos de indivíduos submetidos ao bypass gástrico em Y de Roux (BGYR) para avaliar a influência da bactéria Helicobacter pylori sobre desfechos pós-operatórios e o impacto do rastreamento e tratamento desta bactéria neste contexto. Método: Foi realizado estudo observacional retrospectivo do tipo coorte histórica, baseado em coleta de dados de prontuários médicos, incluindo pacientes submetidos ao BGYR no Hospital de Clínicas da UNICAMP de 2016 a 2019. A colonização por H. pylori foi estudada por meio de estudo histopatológico e teste de urease obtidos através de endoscopias digestivas altas realizadas rotineiramente no perioperatório de cirurgias bariátricas. Foi correlacionada a influência do sucesso da erradicação da bactéria com desfechos ponderais e endoscópicos. Resultados: Foram incluídos no estudo 65 pacientes. O status de infecção por H. pylori não interferiu sobre nenhuma variável ponderal ou metabólica pré ou pós-operatória, não interferindo sobre a perda de peso após o BGYR. Houve um índice considerável de infecções refratárias (N=11; 17%) e infecções novas (N=7; 11%). A infecção por H. pylori associou-se significativamente com a ocorrência de gastrite pré-operatória (p=0,048). Por outro lado, a infecção por H. pylori associou-se à menor ocorrência pós-operatória de erosões jejunais após o BGYR (p=0,03). Conclusões: Aparentemente, não há correlação entre variáveis ponderais e relativas à perda de peso pós-cirúrgica e infecção por H. pylori. Assim, a erradicação bem-sucedida do H. pylori não influencia em maior perda de peso. A infecção por H. pylori correlaciona-se com a ocorrência de gastrite pré-operatória e parece conferir certo nível de proteção à ocorrência pós-operatória de erosões jejunais após o BGYR; este dado merece investigação mais acurada através de estudos prospectivos e com amostras maiores.

Palavras-chave: Cirurgia Bariátrica; Obesidade; Helicobacter pylori

ID: 113170

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Lucas Vannuchi Magnani / Magnani, LV / Faculdade de Medicina de Botucatu, FMB-UNESP; Fausto Viterbo / Viterbo, F / Faculdade de Medicina de Botucatu, FMB-UNESP; Ryane Schmidt Brock / Brock, RS / Faculdade de Medicina de Botucatu, FMB-UNESP; Fábio Oliveira Maciel / Maciel, FO / Universidade Federal do Amazonas (UFAM); Benoit Ayestaray / Ayestaray, B / University Paris Sud XI; José Antonio Garbino / Garbino, JA / Instituto Lauro de Souza Lima; Cecília Pessoa Rodrigues / Rodrigues, CP / Faculdade de Medicina de Botucatu, FMB-UNESP; Matheus Scuracchio Fernandes / Fernandes, ME / Faculdade de Medicina de Botucatu, FMB-UNESP;

Título: NEURORRAFIA TÉRMINO-LATERAL VERSUS NEURORRAFIA TÉRMINO-TERMINAL. ESTUDO EXPERIMENTAL NO RATO.

Neurorrafia Término-Lateral Versus Neurorrafia Término-Terminal. Estudo Experimental no Rato. Objetivo: Avaliar as neurorrafias término-lateral e término-terminal no nervo fibular do rato. Método: Foram operados 60 ratos, divididos em 4 grupo e mantidos vivos por 180 dias. Grupo SHAM (GS), 10 ratos: o nervo fibular foi dissecado, igual nos demais grupos, mas sem intervenção. Grupo Desnervação (GD), 10 ratos: o nervo fibular foi seccionado, tendo seus cotos proximal e distal invertidos em 180° e suturados em músculos adjacentes, em diferentes planos. Término-Terminal (TT), 20 ratos: 0 nervo fibular foi seccionado e alongado com um enxerto de nervo sural através de duas neurorrafias término-terminais. Término-lateral (TL), 20 ratos: 0 nervo fibular foi seccionado, tendo o seu coto distal suturado em um músculo adjacente; o coto proximal foi alongado com um enxerto de nervo sural e suturado na porção lateral do nervo fibular distal, com uma neurorrafia término-lateral. Para a avaliação das diferentes técnicas, foram realizados testes de caminhada (walking track), eletrofisiológicos, peso do corpo e do músculo tibial, além da morfometria das fibras nervosas e musculares. Resultados: Não houve diferença estatística na massa dos animais. Considerando a massa do músculo tibial, o maior número foi o do GS, com resultado similar aos grupos TT e TL, diferindo estatisticamente do GD ($p<0.001$). Considerando o índice de função do nervo fibular (IFF), o GD teve piores valores em comparação aos demais grupos em 90 dias ($p<0.004$) e 180 dias ($p<0.001$). Na análise da espessura da bainha de mielina não houve diferença estatística entre os grupos TT, TL e GS. Na análise de variância da área da bainha de mielina, análise do diâmetro mínimo da fibra nervosa, análise de variância da fibra nervosa e nos estudos morfológicos do nervo, o GS foi estatisticamente superior aos grupos TT e TL, mas sem diferença estatística entre estes. Conclusões: A partir dos resultados aqui apresentados, em que os grupos TT e TL obtiveram o mesmo potencial de reinervação, podemos concluir que não há diferença funcional ou histológica entre as neurorrafias término-lateral e término-terminal.

Palavras-chave: Neurorrafia término-lateral; Regeneração nervosa; Microcirurgia

ID: 113762

Área: CIRURGIA VASCULAR

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Heriberto Brito de Oliveira / OLIVEIRA, H.B. / UNINOVE; Isabelle Maia Teixeira / Teixeira, I.T. / uninove; Thiago de Oliveira Cardoso / Cardoso, T.O. / uninove; Marcos Alexandre Sanches da Costa / Costa, M.A.S. / uninove; Pedro Ehrmann Brasiliense Fusco / Fusco, P..E.B. / uninove;

Título: PERCEPÇÃO DA PROPEDÊUTICA VASCULAR FRENTE À TELEMEDICINA: UMA ANALISE DA PERCEPÇÃO DE ANGIOLOGISTAS E CIRURGIÕES VASCULARES ATRAVÉS DE QUESTIONÁRIO ELETRONICO

Contexto: A telemedicina é utilizada com a finalidade, a princípio, de tornar prática da Medicina mais acessível, nesta modalidade as intervenções, diagnósticos, decisões de tratamento e recomendações são fundamentadas através do uso de tecnologias de comunicação. Sabemos hoje que, em algumas situações, o contato físico, presencial, com o paciente, pode ser, muitas vezes, indispensável para um correto diagnóstico e promoção da saúde. Objetivo: Realizar uma análise quantitativa, através de formulário eletrônico google (forms.gle) enviado através de meio digital aos grupos de da especialidade, a fim de verificar a percepção, destes participantes que se identificaram como angiologistas, cirurgiões vasculares ou angiologistas e cirurgiões vasculares, sobre a propedêutica vascular frente à telemedicina. Métodos: Foi produzido um formulário eletrônico google (forms.gle), com perguntas sobre a percepção da propedêutica vascular frente à telemedicina, para tal procuramos listar itens da propedêutica vascular realizados em uma consulta clínica da especialidade, sinais e manobras foram descritos no formulário para que não houvessem duvidas sobre os mesmos, todos estes listados em um formulário, onde se deveria assinalar cada item na gradação de fácil, ou difícil, ou não avaliável, os participantes se identificaram apenas por e-mail, tempo de formado, estado da federação, e especialidade: angiologistas, cirurgiões vasculares ou angiologistas e cirurgiões vasculares, todos os participantes assinalaram termo de esclarecimento e consentimento. Resultados: A partir da avaliação de 81 participantes de diferentes Estados do Brasil (3 angiologistas, 38 cirurgiões vasculares e 40 com ambas as especialidades), onde 65,4% (53) possuem mais de 20 anos de formação e 66,7% (54) não atendem por telemedicina, conseguimos obter a percepção que estes participantes possuem da propedêutica vascular frente a telemedicina. Conclusões: A percepção dos participantes é da facilidade de colher uma historia minuciosa mesmo via telemedicina, porém os mesmos consideram várias limitações que ficou expressa no quadro descritivo onde usou-se a gradação de fácil, difícil, e não avaliável.

Palavras-chave: telemedicina; vascular; propedêutica.

ID: 113448

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Jéssica Moreira Santos / Santos, J. M. / Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG) - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil; Catarina Ester Gomes Menezes / Menezes, C. E. G. / Universidade do Estado da Bahia - Salvador - Bahia - Brasil; Alan Cézar Faria Araújo / Araújo, A. C. F. / Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG - Brasil;

Título: ANÁLISE DA TAXA DE MORTALIDADE DE COLECTOMIAS DE URGÊNCIA POR REGIÃO BRASILEIRA DE 2017 A 2022

Objetivo: Analisar a taxa de mortalidade da colectomia de urgência nos últimos 5 anos em diferentes regiões do Brasil. Método: Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo produzido a partir dos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As variáveis analisadas foram: taxa de mortalidade (número total de óbitos, por mil), ano de processamento, procedimento (colectomia parcial, colectomia total e colectomia videolaparoscópica) e caráter do procedimento (urgência). Os dados são referentes ao período de abril de 2017 à abril de 2022. Resultados: Na colectomia parcial de urgência, a região Sudeste apresentou a maior taxa de mortalidade (TM), sendo de 17,53, já a região Sul apresentou TM de 16,81, região Nordeste 16,49, região Norte 15,93 e região Centro-Oeste 15,43. É observado na colectomia total de urgência, taxas ainda maiores de mortalidade: a região Sudeste apresenta TM de 31,47, região Norte 31,43, Centro-Oeste 31,38, Sul 27,59 e Nordeste 23,56. Somando a taxa de mortalidade da colectomia total e parcial, é observado um aumento em todas as regiões brasileiras, nos últimos 5 anos. Na região Sudeste, a taxa de mortalidade por todas as colectomias foi de 17,19 em 2017 e 18,82 em 2022, com aumento de 9,4% neste período. Já na região Sul passou de 15,08 para 18,93, com aumento de 25,53%. No Centro-Oeste, 13,23 em 2017 e 15,12 em 2022, sendo o aumento de 14,28%. No Nordeste, a TM era de 13,20 em 2017 e passou para 19,51 em 2022, sendo o aumento de 47,80%. Por fim, no Norte a taxa passou de 16,48 para 18,58, tendo aumento de 12,74%. Conclusão: A colectomia de urgência apresenta altas taxas de mortalidade em todas as regiões brasileiras e é observado uma tendência de aumento nesses números ao longo dos anos avaliados. A região Nordeste se destaca por ter tido um aumento de 47,80 % na TM em relação à 2017. Em relação ao valor absoluto, a região Sudeste apresenta as maiores taxas de mortalidade, em todos os anos analisados. A elevada taxa de mortalidade encontrada aponta para a necessidade de criação de métodos que diminuam a mortalidade perioperatória, bem como a redução da necessidade de realização desses procedimentos através do rastreio e prevenção das causas, que são principalmente: a hemorragia digestiva baixa por doença diverticular do cólon e o abdome agudo obstrutivo por neoplasia colorretal. Os resultados deste estudo podem ser úteis, também, para incentivar pesquisas científicas na área. Outra possível interpretação destes dados é que houve diminuição daqueles pacientes que chegavam na urgência sem possibilidade terapêutica, levando ao aumento do número de cirurgias realizadas e, consequentemente, ao aumento da taxa de mortalidade.

Palavras-chave: Cirurgia; Mortalidade; Colectomia

ID: 113472

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Brendha Muniz Miguel / MIGUEL, BM / UNISA; Thales Felipe Pereira / Pereira, TF / UNISA e Hospital Secundário na Zona Sul de São Paulo; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer, BM / UNISA; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, EJ / UNISA e Hospital Secundário na Zona Sul de São Paulo; Thiago Seibel Storch / Storch, TS / UNISA e Hospital Secundário na Zona Sul de São Paulo; Isabella Magnago Batista / Batista, IM / UNISA e Hospital Secundário na Zona Sul de São Paulo; Ana Lídia de Paula Oliveira Passos / PASSOS, ALPO / UNISA;

Título: CORRELAÇÃO ENTRE CARDIOPATIA, DIABETES MELLITUS E MENOPAUSA EM MULHERES E A INCIDÊNCIA DE CÂNCER COLORRETAL

INTRODUÇÃO: O câncer colorretal (CCR) está entre as neoplasias mais incidentes, sendo a quarta causa mais comum por morte decorrente de câncer em todo o mundo. É o segundo com maior incidência nas mulheres e o terceiro nos homens. O estilo de vida ocidental, a Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), o etilismo, o tabagismo e a história de doença inflamatória intestinal de longa data são comprovadamente associados a um maior risco de CCR. Além disso, um estudo realizado no Hospital Geral do Grajaú (HGG) correlacionou estatisticamente outros fatores ao maior risco e pior prognóstico para o CCR. Entre esses fatores estão presentes as mulheres menopausadas, os cardiopatas (pacientes com arritmias cardíacas, insuficiências cardíacas e doenças cardiovasculares) e os pacientes com DM2. A exposição do organismo ao estrogênio é cientificamente considerada fator de proteção para a carcinogênese do CCR. Dessa forma, como as mulheres em menopausa têm essa exposição alterada, elas não têm esse fator protetor e, junto a isso, outros estudos relacionam o aumento da adiposidade na mulher pós-menopausa e as mutações à maior chance de desenvolvimento do CCR e maiores complicações. As cardiopatias e a DM2 como características pré-operatórias foram encontradas proporcionalmente mais comumente nas mulheres do que nos homens dentre os pacientes estudados no HGG e estão associadas com a presença de infecção de ferida operatória em pacientes com CCR e maior interferência em resultados pós-cirúrgicos. Ademais, a DM2 é a comorbidade mais prevalente dentre as que aumentam a mortalidade relacionada ao pós-operatório em 30 dias. MÉTODOS: Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, onde foram analisados os prontuários de todos os pacientes com CCR admitidos no serviço de um hospital secundário na zona sul de São Paulo entre 1 janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2019. Foram excluídos os pacientes com neoplasia de reto inferior e aqueles cujos dados encontravam-se incompletos em prontuário. RESULTADOS: Fizeram parte do estudo 120 pacientes submetidos à cirurgia de CCR no HGG, sendo 64 homens e 56 mulheres. Entre eles, 14 mulheres e 18 homens apresentavam DM2, 13 mulheres e 3 homens eram cardiopatas, o que confirma proporcionalmente a maior correlação desses fatores ao CCR em mulheres. DISCUSSÃO: É notável que as pacientes do sexo feminino apresentam maior risco de desenvolvimento de CCR quando têm comorbidades pré-operatórias, como DM2 e cardiopatias, além de apresentarem aumento para o risco de complicações pós-cirúrgicas. No grupo composto por 56 mulheres, a idade média das pacientes foi de cerca de 61 anos. Adicionalmente, a menopausa também está associada ao maior risco pós-operatório devido a alteração da adiposidade corporal. CONCLUSÃO: Apesar do comportamento semelhante em homens e mulheres, o CCR se mostra proporcionalmente mais prevalente e com mais complicações nas mulheres pós-menopausadas, cardiopatas e com DM2.

Palavras-chave: Câncer colorretal; Cardiopatia; Diabetes Mellitus

ID: 113315

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Amanda Beliza Ramalho de Melo Macedo / Macedo, A.B.R.M. / UNISA; Thales Felipe Pereira / Pereira, T.F. / UNISA; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer, B.M. / UNISA; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, E. J. / UNISA; Thiago Seibel Storch / Storch, T. S. / UNISA; Isabella Magnago Batista / Batista, I. M. / UNISA;

Título: INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA COLORRETAL POR CÂNCER: UMA COMPARAÇÃO ENTRE OS SEXOS FEMININO E MASCULINO

OBJETIVO: A complicação pós-operatória mais presente em pacientes com câncer colorretal (CCR) é a infecção de ferida operatória, podendo ocorrer em até 40% dos pacientes. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é correlacionar o gênero com a ocorrência de infecção de ferida operatória após cirurgia colorretal por câncer. MÉTODO: Foi realizado estudo de Coorte Retrospectivo comparando-se dois grupos, pacientes do sexo feminino e masculino que apresentaram diagnóstico de câncer colorretal confirmado por anatomopatológico admitidos em Hospital público de São Paulo entre 1º de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2019 e que foram submetidos a procedimento cirúrgico. Para análise estatística foi aplicado o Teste Exato de Fisher. RESULTADOS: O trabalho foi realizado com 120 pacientes, sendo 56 do sexo feminino e 64 do sexo masculino. Do total de pacientes, cinco apresentaram infecção de ferida operatória, 4 do sexo feminino (7,14%) e 1 do sexo masculino (1,56%), com p = 0,0493. Nota-se que, apesar de haver maior número de pacientes do sexo masculino e de esse grupo ser considerado um fator de risco independente para essa complicação, as mulheres evoluíram com maior taxa de infecção de ferida operatória. Isso pode ser justificado por outros fatores independentes associados, como presença de diabetes, cardiopatias, idade avançada, pós-menopausa (alteração da distribuição adiposa corporal) e localização do tumor. Também está relacionado a tempo de internação mais prolongado, maior custo relacionado à cirurgia e consequente piora na qualidade de vida associada ao pós-operatório. CONCLUSÃO: Apesar de os integrantes do grupo do sexo masculino serem em maior número, as mulheres apresentam proporcionalmente maior tendência para evoluir com infecção de ferida operatória.

Palavras-chave: Cirurgia Colorretal; Infecção da Ferida Cirúrgica; Cuidados Pós-Operatórios

ID: 113471

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Ana Lídia de Paula Oliveira Passos / Passos, A. L. P. O. / UNISA; Thales Felipe dos Santos Pereira / Pereira, T. F. S. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Bernardo Mazzini Ketzer / Ketzer, B.M. / UNISA; Elias Jirjoss Ilias / Ilias, E.J. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Thiago Seibel Storch / Storch, T.S. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Isabella Magnago Batista / Batista, I.M. / UNISA e Hospital Geral do Grajaú; Brendha Muniz Miguel / Miguel, B.M. / UNISA;

Título: INFLUÊNCIA DO ETILISMO NO CÂNCER COLORRETAL EM HOMENS

INTRODUÇÃO: O câncer colorretal é uma das principais causas de óbito entre as neoplasias em todo o mundo. Uma das condutas padrão-ouro é a cirurgia de câncer colorretal (CCR), incluindo a laparoscopia convencional, cirurgia robótica e cirurgia aberta. Diversos fatores podem influenciar o prognóstico, como tipo de procedimento, localização do tumor, além dos fatores preditivos do paciente, a exemplo do índice de massa corporal, diabetes, tabagismo e etilismo. Um estudo realizado em um hospital secundário na zona sul de São Paulo encontrou importantes resultados estatísticos em pacientes submetidos à CCR com histórico de etilismo, atual ou pregresso. A carcinogenicidade do álcool para o cólon e do reto foi constatada pela comunidade científica. Acredita-se que o estresse oxidativo causado pelas bebidas alcóolicas possa gerar alterações na mucosa intestinal. Além disso, produtos metabólicos do etanol, como o acetaldeído, lesionam a mucosa intestinal, gerando proliferação celular regenerativa e, quando associado a alterações hepatobiliares, é capaz de induzir à formação de adenocarcinoma. Há uma relação dose-resposta entre o consumo de bebidas alcoólicas e câncer. Assim, é necessário entender a correlação do etilismo com a ocorrência de câncer colorretal e o reflexo no desfecho pós cirúrgico para nortear a comunidade médica para minimizar impactos futuros. MÉTODOS: trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, onde foram analisados os prontuários de todos os pacientes com CCR admitidos no serviço de um hospital secundário na zona sul de São Paulo entre 1 janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2019. Foram excluídos os pacientes com neoplasia de reto inferior e aqueles cujos dados encontravam-se incompletos em prontuário. RESULTADOS: Observa-se que, do total de 120 pacientes submetidos à cirurgia de CCR, dos quais 64 eram do sexo masculino e 56 do sexo feminino, 8 pacientes do sexo masculino se declararam ex-etilistas e 4 se declararam etilistas. No sexo feminino, 2 pacientes se declararam etilistas e nenhuma ex-etilista. As idades medianas eram de 59 anos no sexo masculino e 58 anos no sexo feminino. DISCUSSÃO: É possível observar que os pacientes do sexo masculino com história de etilismo representam uma incidência importante no desenvolvimento do CCR. Isso significa dizer que algumas medidas podem mudar o curso da doença, como o rastreamento através de colonoscopia e medidas preventivas para diminuir o consumo de bebidas alcoólicas. CONCLUSÃO: O histórico de etilismo figura como um dos fatores preditivos para o desenvolvimento de CCR. É sabido que a hospitalização onera o sistema público de saúde e prejudica a qualidade de vida dos pacientes, independente do prognóstico. Assim, lançar mão de métodos de rastreamento para pacientes com histórico de etilismo pode influenciar no comportamento da doença, possibilitando um diagnóstico precoce e melhor controle do curso da doença nesse perfil de pacientes.

Palavras-chave: câncer colorretal; câncer colorretal e etilismo; sexo masculino

ID: 113527

Área: EDUCAÇÃO MÉDICA

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Camila Oliveira Fernandes / Fernandes, C. O. / Estácio Ribeirão Preto; Lucas Ribeiro Rodrigues / Rodrigues, L. R. / Estácio Ribeirão Preto; Mattheus Lucca Do Amaral / Amaral, M. L. / Estácio Ribeirão Preto; Sarah Jéssica de Morais Rodrigues / Rodrigues, S. J. M. / Estácio Ribeirão Preto; Marcos Antonio Marton Filho / Marton Filho, M. A. / Estácio Ribeirão Preto;

Título: SIMULADOR DE BAIXO CUSTO DE CONTROLE HEMOSTÁTICO NO SANGRAMENTO INTRABDOMINAL

Objetivo: desenvolver e validar um simulador de cirurgia hemostática intra-abdominal, de baixo custo e reprodutível, com o intuito de auxiliar no desenvolvimento de habilidades cirúrgicas de discentes da graduação médica. Metodologia: o estudo foi elaborado em duas etapas. A primeira a partir da construção do simulador de controle de hemorragia intra-abdominal de baixo custo por meio de materiais simples como: tronco de manequim, tubos de látex, borracha de silicone e tecido impermeável. Em seguida foi realizada fixação de órgãos e estruturas anatômicas no interior do manequim para confecção da cavidade abdominal, enquanto os materiais utilizados para confecção dos vasos sanguíneos foram tubos de látex, conectados num sistema fechado composto por soro fisiológico, equipo e corante artificial sendo que, neste sistema, se localiza a lesão vascular retroperitoneal que simula o sangramento. A segunda etapa foi composta pela seleção de avaliadores, cujo critério de inclusão era a formação em cirurgiageral para a validação do simulador por meio de um questionário estruturado com 10 questões por meio da escala Likert modificada. Para a validação foi utilizado o Índice de Validação de Concordância (IVC), com corte de 0,9. Resultados: para construção do modelo deste estudo houve um custo total no valor de R$373,13, destinados à aquisição dos diversos materiais necessários. Ao todo, 12 avaliadores participaram dos testes de validação, todos cirurgiões gerais. O avaliador foi submetido a cenários de simulação de trauma, padronizados, cujos objetivos foram a exploração abdominal e posterior controle hemostático através da rafia da lesão exsanguinante no vaso. Os resultados obtidos dos questionários demonstraram bom IVC em todos os itens, destacando-se o reconhecimento do vaso traumatizado, o acesso à lesão vascular, o controle hemostático por pressão direta assim como por sutura direta da lesão (91,7%). Os menores índices, embora ainda adequados para o escopo do estudo, estão associados à consistência dos materiais utilizados e sua semelhança com a os órgãos e tecidos humanos (88%). Conclusão: o trauma abdominal é um cenário de alta complexidade e grande estresse ao profissional médico, desse modo, esse projeto desenvolveu e validou uma ferramenta educacional baseada em simulação. Esse simulador obteve bons resultados na mimetização de sangramento abdominal de grandes vasos, assim como o controle hemostático do mesmo por pressão direta e sutura; além de contribuir para a adaptação a situações de estresse, constituindo um método de aprendizagem para a preparação de médicos nas situações de atendimento ao trauma.

Palavras-chave: Simulação; Trauma; Hemostasia

ID: 112628

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Flávio Roberto Takeda / Takeda, FR / ICESP/ HCFMUSP; Karolyne Ernesto Luíz Lopes Nobre / Nobre, KELLN / Hospital Universitário Alcides Carneiro; Renan Rosetti Muniz / Muniz, RR / HCFMUSP; Ulysses Ribeiro Júnior / Júnior, UR / HCFMUSP; Rubens Antônio Aissar Sallum / Sallum, RAA / HCFMUSP; Ivan Cecconello / Cecconello, I / HCFMUSP; Luíz Augusto Carneiro D albuquerque / D Albuquerque, LAC / HCFMUSP; George Felipe Bezerra Darce / Darce, GFB / HCFMUSP;

Título: DIFERENÇAS DO TUBO GÁSTRICO COM RECONSTRUÇÃO INTRACORPÓREA E EXTRACORPÓREA APÓS ESOFAGECTOMIA

OBJETIVOS: Esofagectomia é uma adequada opção para o tratamento com intenção curativa do carcinoma de esôfago. Entretanto, a qualidade de vida pós-operatória é afetada por sintomas como refluxo, atraso no esvaziamento gástrico e disfagia. Alguns estudos defendem que há relação entre esses sintomas com o tipo de reconstrução do tubo gástrico - intracorpórea ou extracorpórea. Nosso objetivo é avaliar as diferenças entre ambos os métodos. MÉTODOS: Entre 2014 e 2020 os pacientes foram submetidos à esofagectomia por via toracoscópica com reconstrução com tubo gástrico com anastomose cervical (procedimento de McKeown). No tempo abdominal, o tubo gástrico foi confeccionado por via totalmente laparoscópica (intracorpórea) - (Grupo A); ou híbrida manualmente assistida (extracorpórea) - (Grupo B). Parâmetros clínicos, sintomas de refluxo, avaliação do tubo gástrico por tomografia e achados endoscópicos pós operatórios foram avaliados e comparados entre os grupos. Foi realizada análise multivariada. RESULTADOS: Um total de 92 pacientes foram estudados, sendo 36 do grupo A e 56 do grupo B. Sexo masculino predominou com 76 pacientes (82%), a idade media foi de 61,3 anos (55-73), 55 (59,7%) apresentavam subtipo histológico carcinoma espinocelular e 60 (66,6%) realizaram quimiorradioterapia neoadjuvante. O tempo médio de seguimento foi de 32 meses. O grupo A apresentou maior diâmetro do tubo gástrico ($p<0,001$), estase alimentar ($p<0,001$), conformação redundante ($p<0,05$) e distância do ponto central axial do tórax ($p<0,05$), sendo todos os parâmetros avaliados por tomografia. Além disso, os sintomas de refluxo e atraso do esvaziamento gástrico pelo índice de sintomas de refluxo (RSI) foram mais frequentes ($p<0,001$), bem como o número de esofagites grau B e C por endoscopia digestiva alta ($p<0,01$). Após análise multivariada, a reconstrução intracorpórea ($p<0,001$) e diâmetro maior que 4,2cm ($p<0,01$) foram associados a um pior RSI. CONCLUSÃO: A reconstrução intracorpórea pode levar a uma conformação mais ampla do tubo gástrico, o que pode estar relacionado ao retardo no esvaziamento gástrico, resultando em sintomas intensos de refluxo confirmados por endoscopia digestiva alta.

Palavras-chave: reconstrução do tubo gástrico; esofagectomia; tipos de anastomose

ID: 113542

Área: ESTÔMAGO E INTESTINO DELGADO

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Cirênio de Almeida Barbosa / Barbosa, C.A. / Universidade Federal de Ouro preto; Débora Helena da Cunha / Cunha,D.H. / Faculdade de Minas; Deborah de Oliveira Campos / Campos,D.O. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto; Ana Luiza Marques Felício de Oliveira / Oliveira, A.M. / Universidade Federal de Ouro Preto; Lucas Martins dos Santos Tannus / Tannus, L.M.S. / Santa casa de Misericordia de Belo Horizonte; Adeblio Jose da Cunha / Cunha,A.J. / Hospital São Lucas; Marlúcia Marques Fernandes / Fernandes, M.M. / Santa casa de Misericordia de Ouro preto;

Título: DOENÇA DO REFLUXO GÁSTRICO ASSOCIADA À H.PYLORI : EXISTE CONSENSO NO TRATAMENTO DA BACTÉRIA

Objetivo : o trabalho visa mostrar resultados e conclusões sobre o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico(DRGE) associado ao tratamento da bactéria Helicobacter pylori(HP). A pesquisa de HP não é, rotineiramente, recomendada na DRGE.O II Consenso Brasileiro sobre HP recomendou aos promotores da reunião a realização de estudos multicêntricos nacionais para estudar os efeitos da erradicação do HP em portadores de DRGE Métodos: Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura na qual utilizou-se as bases de dados NCBI, PubMed e SciELO. Os descritores escolhidos foram Helicobacter pylori, refluxo gastroesofágico, esfíncter esofágico inferior. Assim, 35 artigos entre 2017 a 2021 foram escolhidos para revisão.Também foi realizada uma análise criteriosa dos prontuários de uma Clínica de Endoscopia Digestiva Alta em Conselheiro Lafaiete- MG, no período de 2017 a 2021 com 94 pacientes que apresentavam a doença do refluxo gástrico e a bactéria Hp. Foi realizado o tratamento da Hp em 46 pacientes e os outros 48 foi realizado exclusivamente o tratamento da DRGE. Resultados: HP não é causa de DRGE, nem influência a sua evolução.O uso crônico de IBP não implica na erradicação da bactéria. Há uma grande heterogeneidade em estudos metodológicos da relação da bactéria HP e a doença do refluxo esofágico, não há um consenso científico que mostra que há uma correlação direta entre os sintomas da DRGE e a bactéria. O tratamento farmacológico de erradicação pode, além de corrigir o pH, gerar melhora nos sintomas de refluxo. Por outro lado, essa relação pode não existir ou a infecção pode até gerar uma piora do quadro de DRGE, dependendo de diversos fatores genéticos e ambientais. Em nosso estudo tratamos 46 pacientes com claritromicina e amoxicilina e IBP. Também foi usado domperidona 30 min antes do almoço e 30 min antes do jantar para ajudar na melhora dos sintomas da DRGE. Já o outro grupo não tratado, foi usado somente o IBP com a domperidona. Após um período de 6 meses de acompanhamento, os resultados mostraram claramente que os pacientes que foram tratados com IBP, claritromicina, amoxicilina e domperidona apresentaram um resultado melhor em seu tratamento do que o outro grupo.Não há evidência de associação entre infecção por HP e doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). A erradicação bacteriana geralmente não leva ao aparecimento de sintomas de DRGE .Conclusão: Não há um consenso no tratamento da DRGE e da bactéria. Cada profissional segui um critério, mas em nossos estudos ficou claro que tratando a H. pylori e a doença do refluxo esofágico juntos, o paciente apresenta um melhor resultado no seu quadro clínico, com melhora significativa dos sintomas. Concluímos que a bactéria pode interferir na fisiopatologia e tratamento da DRGE, por meio do aumento ou diminuição dos fatores agressores á mucosa esofágica.

Palavras-chave: H.pylori; Doença do refluxo; Tratamento

ID: 113483

Área: EXPERIMENTAL

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Balduino Ferreira de Menezes Neto / Menezes Neto, B. F. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Fausto Viterbo / Viterbo, F. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Murilo Sgarbi Secanho / Secanho, M. S. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Laísa Brandão Carvalho / Carvalho, L.B. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Weber Ribolli Moragas / Moragas, W. R. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Matheus Scuracchio Fernandes / Fernandes, M. S. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP;

Título: ANASTOMOSE VASCULAR SUBMERSA. UMA TÉCNICA DE SUTURA VASCULAR EM MICROCIRURGIA EXPERIMENTAL.

Objetivo: Avaliar o impacto da submersão da área de sutura da anastomose microcirúrgica usando solução salina (0,9% NaCl) em um laboratório experimental durante o treinamento de estudantes de medicina e residentes médicos. Métodos: Ratos Wistar (n = 10) foram selecionados para secção completa da artéria femoral e posterior anastomose término - terminal sob ampliação óptica. Eles foram divididos aleatoriamente, de modo que em dos lados foi realizada sutura microcirúrgica submersa com soro fisiológico e o lado contralateral o campo cirúrgico se manteve seco durante o procedimento. Os tempos cirúrgicos, bem como a permeabilidade dentro de 30 min e 72 h do procedimento, foram avaliados. Resultados: Seis ratos machos Wistar sobreviveram ao procedimento anestésico cirúrgico, com peso inicial médio de 243,3 g e diâmetro médio da artéria de 0,86 mm, com tempo de 15,67 min para a técnica submersa e 20,50 min para a técnica seca (p = 0,03). As taxas de falha foram de 17 e 50% para o grupo submerso e seco, respectivamente (p = 0,62). Conclusão: A sutura microvascular submersa não compromete a perviedade do vaso ou aumenta o tempo de anastomose. Portanto, é uma estratégia que pode ser aplicada pelo cirurgião de acordo com suas preferências técnicas.

Palavras-chave: Microcirurgia; Anastomose Vascular; Modelo Animal

ID: 113392

Área: EXPERIMENTAL

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Balduino Ferreira de Menezes / Menezes Neto, B F / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Murilo Sgarbi Secanho / Secanho, M. S. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Matheus Scuracchio Fernandes / FERNANDES, M. S. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Laisa Brandão Carvalho / Carvalho, L. B. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Fausto Vitervo / Viterbo, F. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP;

Título: CLAMP VASCULAR DE FIO DE MONONYLON EM MICROCIRURGIA EXPERIMENTAL

Introdução: A microcirurgia reparadora é ramo hoje indissociável e imprescindível na cirurgia plástica. O treinamento é longo, custo financeiro relativamente alto e exige muito dos proponentes. Para melhorar essa equação a favor da formação de novos microcirurgiões no Brasil, é fundamental facilitar o acesso ao treinamento experimental, utilizando materiais simples. Huaraca descreveu uma técnica utilizando um simples fio mononylon 5-0 para substituir o clamp vascular, que é instrumento indispensável da anastomose microcirúrgica e geralmente de alto custo. O objetivo é comparar a técnica de Huaraca com fio de mononylon e o clamp metálico tradicional durante anastomose microcirúrgica vascular. Métodos: Seis ratos da raça Wistar cujas duas artérias femorais foram aleatoriamente selecionadas para sutura término-terminal após secção completa, sendo um dos lados realizado com clamp vascular habitual e o contralateral com técnica de Huaraca, no mesmo tempo cirúrgico e pelo mesmo cirurgião. Resultados: Em ambas as situações, a taxa de patência foi de 67% após 72 horas, sendo que o tempo médio foi de 26 minutos com a técnica de Huaraca e de 18 minutos com o clamp tradicional (p=0,001). Conclusão: Apesar do tempo de execução mais longo, a técnica de Huaraca é medida simples e de baixo custo que pode substituir o clamp vascular tradicional.

Palavras-chave: Microcirurgia; Anastomose cirúrgica; Modelos animais

ID: 113490

Área: EXPERIMENTAL

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Balduino Ferreira de Menezes Neto / Menezes Neto, B F / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Matheus Scuracchio Fernandes / Fernandes, M. S. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Lucas Vannuchi Magnani / Magnani, L. V. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Fausto Viterbo / Viterbo, F. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP;

Título: COMPRESSÃO INTERMITENTE IMEDIATA SOBRE ANASTOMOSE VASCULAR: UMA NOVA TÉCNICA PARA PREVENIR A TROMBOSE?

Objetivo: Avaliar o efeito da compressão intermitente imediata nas anastomoses arteriais microcirúrgicas em comparação com compressão única fixa e apenas observação, em laboratório experimental. Método: As duas artérias femorais de doze ratos Wistar machos foram seccionadas e reanastomosadas para comparar a permeabilidade após 30 minutos e 7 dias. Grupo I: compressão intermitente imediata sobre a anastomose por 60 segundos; Grupo II: uma compressão fixa foi mantida imediatamente após a anastomose por 60 segundos; Grupo III: após a realização da anastomose, nenhuma intervenção adicional foi realizada. Além da avaliação da patência, os animais foram pesados e medidos os diâmetros arteriais operados. Resultados: Vinte e quatro artérias femorais foram examinadas. Os pesos médios iniciais dos ratos dos grupos I, II e III foram 243,8 g, 254,6 g e 260,4 g, respectivamente, enquanto os pesos finais foram 264,4 g, 281 g e 282,1 g ($p<0,001$), respectivamente; o diâmetro médio das artérias abordadas foi de 0,89, 0,88 e 0,90 mm, respectivamente, e o tempo de anastomose em minutos foi de 25,6, 24,5 e 24,5, respectivamente. As patências finais após 7 dias foram de 62,5% ($p=0,07$), 25% ($p=0,48$) e 50% ($p=0,13$), respectivamente. Conclusão: A compressão intermitente imediata pode ser realizada ao final das anastomoses arteriais microcirúrgicas sem afetar a patência final do procedimento.

Palavras-chave: Microcirurgia Experimenal; Trombose Arterial; Anastomose Arterial

ID: 113508

Área: EXPERIMENTAL

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Fausto Viterbo / Viterbo, F. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Matheus Scuracchio Fernandes / Fernandes, M. S. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Lorena Delgado Rodrigues / Rodrigues, L. D. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP; Caio Borges Di Luccas / di Luccas, C. B. / Faculdade de Medicina de Botucatu - FMB/UNESP;

Título: LESÕES DE NERVO MOTOR POR AGULHA DE INJEÇÃO OU AGULHA DE SUTURA. ESTUDO EXPERIMENTAL NO RATO.

Objetivo: Avaliar possível lesão de nervo periférico causada pela entrada e saída de uma agulha de injeção, pela transfixação do nervo por meio de um ponto de sutura, pela injeção de solução fisiológica [solução salina (0,9% NaCl)] no interior do nervo e pela injeção de lidocaína no interior do nervo. Método: Foram utilizados 36 ratos Wistar com peso em torno de 250 gramas, divididos aleatoriamente em 6 grupos de 6 animais. Grupo Controle, Grupo SHAM, Grupo Sutura, Grupo Agulha, Grupo Soro e Grupo Lidocaína. Todos os procedimentos foram realizados na pata esquerda dos ratos. Após os procedimentos, os animais foram avaliados pelo WTA (Walking Track Analysis) por 8 semanas. No quarto mês após os procedimentos os ratos passaram por estudos eletrofisiológicos bilateralmente (latência e amplitude do impulso elétrico no nervo fibular) e os músculos tibiais craniais foram submetidos ao teste de força bilateralmente. Na sequência, os ratos foram submetidos à eutanásia, os músculos tibiais craniais foram pesados e amostras teciduais bilaterais de nervo fibular e músculo tibial cranial foram coletadas para realização de análise histológica morfométrica. Resultados: Com WTA foi possível analisar a funcionalidade do caminhas dos ratos após os procedimento. No primeiro os grupos Controle, SHAM e Agulha apresentaram similaridade de funcionalidade e os grupos Soro, Lidocaína e Sutura apresentaram funcionalidade similar e com mais alterações ($p< 0,001$). Do segundo ao décimo primeiro dia o grupos Sutura apresentou maior alterações funcionais que os demais. ($p<0,001$). A partir do décimo segundo dia todos os grupos apresentaram funcionalidade similar, sem alteração da marcha ($p>0,05$). Latência: Não houve efeito de lado($p=0,08$), nem de grupo ($p=0,42$). Amplitude: Não houve efeito de lado($p=0,18$), nem de grupo ($p=0,13$). Teste de Força: Houve efeito de grupo ($p=0,003$), mas não houve efeito de lado($p=0,95$). Área da célula muscular: Houve efeito de grupo($p<0,001$), mas não houve efeito de lado($p=0,27$), Diâmetro da célula muscular: Houve efeito de grupo($p=0,002$), mas não houve efeito de lado($p=0,28$). Área da fibra nervosa: Não houve efeito de grupo($p=0,14$), não houve efeito de lado($p=0,09$). Razão G: Não houve efeito de grupo($p=0,08$), não houve efeito de lado($p=0,41$). Diâmetro da fibra nervosa: Não houve efeito de grupo($p=0,34$), houve efeito de lado($p=0,02$), Conclusão: Todos os grupos apresentaram normalização da funcionalidade após, aproximadamente, duas semanas do procedimento. Houve diferença entre os grupos em algumas das análises feitas, porém, na maioria dos testes não houve diferença quando comparados o lado operado e não operado, no mesmo grupo. Novos estudos podem ser feitos para avaliar a normalização do diâmetro da fibra nervosa nas patas operadas após um tempo maior de recuperação. Mesmo com essa alteração, não houve perda da funcionalidade e concluímos que procedimentos invasivos com agulhas são seguros quanto ao prejuízo funcional nervoso a longo prazo.

Palavras-chave: Nervo Periférico; Microcirurgia; Rede Hemostática de Auersvald

ID: 113586

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Eduardo Cattapan Piovesan / Piovesan, E. C. / Universidade de Passo Fundo; Bruna Zanatta de Freitas / Freitas, B. Z. / Universidade de Passo Fundo; Francisco Costa Beber Lemanski / Lemanski, F. C. B. / Universidade de Passo Fundo; Pietra Bravo Araujo / Araujo, P. B. / Universidade de Passo Fundo; Larissa Roberta Negrão / Negrão, L. R. / Universidade de Passo Fundo; Mateus Eduardo Giovelli / Giovelli, M. E. / Universidade de Passo Fundo; Fabricio Perin Costa / Costa, F. P. / Universidade de Passo Fundo; Daniel Navarini / Navarini, D. / Universidade de Passo Fundo;

Título: COMPARAÇÃO ENTRE HERNIORRAFIA COM RESSECÇÃO INTESTINAL E SEM RESSECÇÃO INTESTINAL PARA TRATAMENTO DE HÉRNIA ENCARCERADA: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Objetivo: A hérnia estrangulada ocorre quando o suprimento de sangue para o tecido herniado é interrompido, sendo considerada uma emergência médica. Diante da carência de estudos e da gravidade do assunto, objetiva-se analisar as técnicas de herniorrafia com e sem ressecção intestinal no tratamento de hérnias estranguladas no Brasil. Método: Estudo descritivo e retrospectivo analisando a herniorrafia com e sem ressecção intestinal no tratamento de hérnia encarcerada no Brasil, entre os anos de 2010 e 2021. Os dados foram obtidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Foram utilizadas as variáveis de número de internações, valor total despendido e médio por internação, média de permanência, número de óbitos e taxa de mortalidade. Não foi necessário aprovação do Comitê de Ética, pois trata-se de um estudo de banco de dados público. Resultado: De acordo com a análise dos dados, no período entre 2010 e 2021, foram gastos R$ 24.817.512 no tratamento de hérnia encarcerada no Brasil, sendo R$ 19.299.704 sem ressecção intestinal (77,76%) e R$ 5.587.808 com ressecção intestinal (22,51%). A média dos valores para os procedimentos foi de R$ 611 e de R$ 764, respectivamente. Os valores despendidos com a herniorrafia sem ressecção intestinal em 2010 foram de R$ 1.874.386, com valor médio de internação de R$ 564. Em 2021, foram de R$ 1.274.482, com valor médio de R$ 671. O custo total para a herniorrafia com ressecção intestinal em 2010 era de R$ 440.598, com custo médio de R$ 592. Em 2021, o custo total foi de R$ 454.691 com custo médio de R$ 896. Em relação às internações, observa-se que o número total foi de 38.734 para ambos os procedimentos: herniorrafia sem ressecção intestinal 31.423 (81,12%) e herniorrafia com ressecção intestinal 7.311 (18,87%). A média de permanência hospitalar foi de 2,6 dias e 3,9 dias, respectivamente. O número de internações em 2010 teve um total de 4.066 (3.322 para herniorrafia sem ressecção intestinal e 744 para a com ressecção intestinal) e em 2021 um total de 2.406 internações (1.899 para sem ressecção intestinal e 507 para com ressecção intestinal). A herniorrafia sem ressecção intestinal foi responsável por 499 óbitos e a sem ressecção intestinal 373 óbitos. A taxa de mortalidade média do período analisado correspondente à sem ressecção intestinal foi de 1,59, enquanto a da com ressecção resultou em 5,1. Conclusão: De 2010 a 2021, no Brasil, os custos despendidos com a herniorrafia sem ressecção intestinal sofreram uma redução ao passo que a herniorrafia com ressecção intestinal sofreram um aumento. No período analisado, o número de internações sofreu uma redução, em que a herniorrafia sem ressecção intestinal apresentou o maior número de internações e a com ressecção intestinal a maior média de permanência hospitalar. O número total de óbitos foi maior na herniorrafia sem ressecção intestinal, entretanto a maior taxa de mortalidade foi na com ressecção intestinal.

Palavras-chave: Heniorafia; Hernia; Tratamento

ID: 113373

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Vinicios de Moraes Alves / ALVES, V. M. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Disciplina de Cirurgia Geral e Trauma; Roberto Rasslan / RASSLAN, R. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Disciplina de Cirurgia Geral e Trauma; Sergio Henrique Bastos Damous / DAMOUS, S. H. B. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Disciplina de Cirurgia Geral e Trauma; Carlos Augusto Metidieri Menegozzo / MENEGOZZO, C. A. M. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Disciplina de Cirurgia Geral e Trauma; Masahiko Akamine / AKAMINE, M. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Disciplina de Cirurgia Geral e Trauma; Samir Rasslan / RASSLAN, S. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Disciplina de Cirurgia Geral e Trauma; Edivaldo Massazo Utiyama / UTIYAMA, E. M. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Disciplina de Cirurgia Geral e Trauma;

Título: ABSCESSO ESPLÊNICO NA ENDOCARDITE: UMA DOENÇA RARA E COM ALTA MORTALIDADE. EXPERIÊNCIA DE CENTRO DE REFERÊNCIA NO BRASIL.

Introdução e objetivo: O abscesso esplênico secundário a endocardite é complicação rara com elevada mortalidade. A modalidade do tratamento, esplenectomia versus drenagem percutânea, e o melhor momento de abordar o baço, antes ou depois da troca valvar, são motivos de controvérsias. Na literatura são poucas as séries de casos com mais de 10 doentes, de tal forma que o objetivo é analisar a experiência de centro de referência. Métodos: Os doentes com abscesso esplênico secundário a endocardite foram analisados retrospectivamente, com a avaliação das seguintes variáveis: doente, diagnóstico e tratamento. Resultados: No período de 2006 à 2020 foram identificados 13 doentes (46 anos; 9 homens), sendo que 8 doentes (62%), apresentavam pelo menos 2 comorbidades e 5 (38%) com antecedente de operação cardíaca. O diagnóstico foi incidental em 6 (46%). O tempo médio do diagnóstico do abscesso após a definição da endocardite foi de 14 dias. A disfunção orgânica, de pelo menos dois sistemas, estava presente em 46%. A mediana do escore de APACHEII foi de 12, sendo de 24,5 nos doentes que morreram. Em 6 (46%) doentes foi realizada a trocar valvar, sendo que em 2 o diagnóstico do abscesso foi posterior ao procedimento. Nos outros 4, a esplenectomia foi realizada antes da operação cardíaca. A esplenectomia foi realizada de imediato em 9 (69%) doentes e a drenagem percutânea em 3 (23%). Em 1 caso houve falha terapêutica e o doente foi submetido a esplenectomia na sequência. O tratamento com antibiótico exclusivo foi realizado em apenas 1 doente. O tempo médio de internação hospitalar foi de 53 dias e a mortalidade de 46%. Conclusão: Trata-se de afecção com diagnóstico tardio e na vigência de disfunção orgânica, que apresenta tempo prolongado de internação e elevada mortalidade.

Palavras-chave: Endocardite; Abscesso esplênico; Baço

ID: 113225

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Jéssica Moreira Santos / Jéssica Moreira Santos / Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG) - Minas Gerais - Brasil; Jorge Walker Vásquez-del-aguila / Vásquez-Del-Aguila, JW / Instituto Orizonti - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil;

Título: COMPARAÇÃO ENTRE OS DESFECHOS CIRÚRGICOS DA PANCREATECTOMIA DISTAL POR VIA LAPAROSCÓPICA E ROBÓTICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Objetivo: comparar os desfechos cirúrgicos e custos da pancreatectomia distal por via laparoscópica (PDL) e robótica (PDR). Métodos: Trata-se de uma revisão sistemática de literatura. O protocolo Preferred Reporting Items for "Systematic Reviews and Meta-Analyses" (PRISMA) foi utilizado para guiar a elaboração deste estudo. As bases de dados eletrônicas PubMed e EBSCO foram consultadas retrospectivamente de Maio de 2017 a Maio de 2022, utilizando os descritores: ⍰Pancreatectomy⍰, ⍰Robotic Surgical Procedures⍰, ⍰Surgery⍰, ⍰Laparoscopy⍰, em combinação com os operadores booleanos ⍰AND⍰ e ⍰OR⍰. Os critérios de exclusão foram: relatos de caso, artigos de opinião, relatos de experiência, livros e revisões. Os critérios de inclusão foram ensaios clínicos e estudos observacionais que comparassem desfechos cirúrgicos da pancreatectomia distal por via laparoscópica e robótica, em neoplasias pancreáticas benignas e malignas. Foram analisados: tempo médio de cirurgia, taxa de conversão para laparotomia, sangramento, tempo médio de internação, custo total, complicações e preservação esplênica (quando o tumor era benigno), ocorrência de fístula pancreática pós-operatória e necessidade de transfusão sanguínea. Foram identificados 92 artigos científicos. Após o processo de seleção, obteve-se uma amostra de 9 estudos observacionais, sendo 2 estudos prospectivos e 7 retrospectivos. Esta pesquisa teve como limitação a ausência de ensaios clínicos. Resultados: Nos casos de tumor benigno, todos estudos apontam que a via robótica favorece a preservação esplênica. Outra vantagem observada com unanimidade na amostra, é que a PDR possui menor taxa de conversão para laparotomia. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao sangramento intra-operatório, duração do procedimento, tempo de permanência hospitalar, necessidade de transfusão sanguínea e incidência de complicações. No que se refere ao custo, a PDR teve um custo maior. Conclusão: A pancreatectomia distal robótica demonstra algumas vantagens quando comparada com a laparoscópica. Contudo, esse procedimento demonstra custos superiores. Ensaios clínicos controlados e randomizados devem ser realizados para confirmar os achados.

Palavras-chave: Pancreatectomia; Cirurgia; Laparoscopia

ID: 113796

Área: TÓRAX

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Daniel Brandão Raskin / Raskin, D. B. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Luiz Guilherme Santos Maksoud / Maksoud, L. G. S. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Márcio Botter / Botter, M. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Roberto Saad Junior / Saad Junior, R. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Vicente Dorgan Neto / Dorgan Neto, V. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Karen Guerra de Souza / de Souza, K. G. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Paulo Fabricio Stanke / Stanke, P. F. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Rodrigo Toshio Sakae / Sakae, R. T. / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo;

Título: TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS BOLHAS ENFISEMATOSAS GIGANTES

OBJETIVO: Validar, com casuística maior, os resultados do método de simples drenagem com anestesia local para o tratamento de bolhas pulmonares gigantes de etiologia estritamente enfisematosa. Avaliar a eficácia e a segurança do método aplicado. MÉTODOS: Avaliação retrospectiva dos prontuários dos pacientes submetidos ao método de simples drenagem para tratamento de bolhas enfisematosas gigantes de 2005 a 2021. Observar a evolução da doença e as complicações pós-operatórias precoces e tardias. Serão incluídos os pacientes que possuíram bolhas enfisematosas gigantes, isto é bolhas que ocuparam pelo menos um terço do hemitórax, sendo que doentes que possuírem múltiplas bolhas serão incluídos caso alguma delas tenha tamanho de pelo menos um terço do hemitórax. Serão avaliados os seguintes fatores: idade, sexo, presença de enfisema pulmonar difuso de origem tabágica, tempo de permanência hospitalar, antecedentes mórbidos, complicações pós-operatórias, número de bolhas, mortalidade pós-operatória precoce e tardia e evolução tardia. Serão consideradas complicações pós-operatórias: insuficiência respiratória, infecções pleuropulmonares e fístula broncopleurocutânea. RESULTADOS: Foram levantados os casos de 2009 a 2014 e os de 2016 a 2021. A análise dos dados iniciais demonstrou os seguintes resultados: em 100% dos casos houve resolução das bolhas, houve baixo índice de complicações, baixa morbidade, nenhuma morte relacionada aos procedimentos cirúrgicos, sendo que mortes tardias ocorreram por progressão do enfisema pulmonar difuso. Complicações pós-operatórias tiveram relação com os antecedentes mórbidos dos doentes. CONCLUSÕES: O método de simples drenagem para bolhas enfisematosas gigantes se mostra adequado para o tratamento dos pacientes, mostrando bom prognóstico aliado a uma pequena quantidade de complicações.

Palavras-chave: Enfisema pulmonar/cirurgia; Enfisema pulmonar/terapia; Pulmão/cirurgia

ID: 112618

Área: TRAUMA

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Júlia Guimarães Pereira / PEREIRA, J.G. / UNICID; Renata de Oliveira Belo Custódio dos Santos / SANTOS, R.O.B.C. / UNICID; Isabella Romero Di Siervi / SIERVI, I.R. / UNICID; Matheus Volpon Marques / MARQUES, M.V. / UNICID; Isabela Bercovici Soares Pereira / PEREIRA, I.B.S. / UNICID; Thais Serralheiro Miranda / / Universidade de São Francisco; João Kleber de Almeida Gentile / GENTILE, J.K.A. / UNICID;

Título: EXAMES COMPLEMENTARES NO TRAUMA CONTUSO DE TRONCO. É SEGURO REALIZAR APENAS RADIOGRAFIAS E FAST?

INTRODUÇÃO O trauma é uma doença frequente sendo a terceira causa de óbito mais comum no Brasil e a primeira quando se considera a faixa etária menor de 40 anos. Por apresentar uma alta prevalência, é imprescindível que a equipe de emergência possua experiência no atendimento de pacientes traumatizados. Decidiu-se avaliar até que ponto os exames radiológicos básicos no atendimento do trauma (radiografia de tórax, radiografia de pelve e o FAST) são efetivos para a abordagem no atendimento inicial do paciente traumatizado. MÉTODOS Foram estudados todos os pacientes, vítimas de trauma abdominal fechado que, à admissão, foram submetidos a RxT, RxP ou FAST. O período da coleta de dados ocorreu entre setembro de 2015 e janeiro de 2016, no Hospital Professor Doutor Waldemar de Carvalho Pinto Filho (Hospital Geral de Guarulhos), sendo incluído 48 pacientes no estudo. O estudo foi baseado em dados de prontuário e exames, sem interferência do atendimento, sem identificação do paciente e, portanto, sem implicação ético-legal. Considerou-se dois critérios de observação: avaliação da TC de abdome e pelve do mesmo paciente e evolução clínica dos pacientes que não realizaram TC no exame inicial. RESULTADOS Foram estudados 48 pacientes no período, sendo a idade média dos pacientes de 44 anos, Escala de Coma de Glasgow (ECG): 13 e o Revised Trauma Score (RTS): 7,22. Dos 48 pacientes estudados, 68,7% apresentavam exames sem alterações aos métodos (RxT, RxP e FAST), entretanto, 3 pacientes desse grupo apresentaram lesões graves (duas lesões hepáticas e uma lesão esplênica), diagnosticadas pela tomografia computadorizada (TC), que foram realizadas dentro das primeiras 24 horas após a admissão. Os pacientes que apresentavam exames alterados no conjunto de imagens correspondiam a 31,3%, sendo que neste grupo os pacientes apresentaram pelo menos uma alteração nos métodos de imagem como líquido livre na cavidade abdominal ou fraturas de costela. DISCUSSÃO O estudo mostrou que os exames iniciais (radiografia de tórax, radiografia de pelve e FAST) apresentaram sensibilidade e especificidade de 80% e 90%, respectivamente, deixando claro que seu uso como triagem inicial para pacientes com trauma de tronco parece ser seguro. Concluímos que o uso de radiografias e FAST associado ao exame físico seriado são uma opção de triagem em pacientes acometidos por trauma de tronco com boa sensibilidade e especificidade de triagem, sendo uma opção confiável em centros de trauma. Outra variável a ser considerada é que o ATLS (Advanced Trauma Life Support) apoia o uso de radiografias e FAST como conduta inicial aceitável em pacientes politraumatizados. A tomografia computadorizada deve ser utilizada em casos específicos de forma seletiva, não sendo a tomografia computadorizada de corpo inteiro indicada para uso rotineiro como propedêutica para triagem inicial em pacientes traumatizados, sendo mais realista com a saúde pública brasileira.

Palavras-chave: Trauma; Radiografia; Tomografia

ID: 113693

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Jéssica Pinto Ebert / Ebert, J.P. / UNISC; Arthur Gomes Ribeiro / Ribeiro, A.G. / UNISC; Dóris Medianeira Lazzarotto Swarowsky / Lazzarotto, D.M. / UNISC; Eduarda Andres Tomilin / Tomilin, E..A. / UNISC; Fernanda Wartchow Schuck / Schuck, F.W. / UNISC; Giovana Maria Fontana Weber / Weber, G.M.F. / UNISC; Larissa Moser Rocha / Rocha, L.M. / UNISC; Tatiana Carolina Pavan Poloni / Poloni, T.C.P. / UNISC;

Título: ANÁLISE DO IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA ROTINA DO SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL DE UM HOSPITAL DE ENSINO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Introdução: A pandemia de COVID-19 impactou os sistemas de saúde pelo mundo, causando modificações na rotina dos serviços de cirurgia, o que pode ter provocado aumento das complicações decorrentes da espera prolongada por procedimentos. Objetivo: analisar o impacto da pandemia de COVID-19 nas principais patologias cirúrgicas abdominais atendidas em um serviço de cirurgia geral de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. Método: Estudo transversal, descritivo, retroprospectivo e quantitativo, utilizando dados secundários oriundos dos prontuários de 445 pacientes atendidos por um serviço de cirurgia geral do interior do Rio Grande do Sul nos primeiros semestres de 2019 e 2020, para comparação entre um período anterior à pandemia (2019) e um período durante a pandemia (2020) - no qual as cirurgias estavam restritas e as medidas de isolamento social estavam mais rigorosas. Resultados: Observou-se redução dos casos de trauma (2,2 x 4,7%) e aumento de casos de colecistite aguda (14,8 x 12,6%), coledocolitíase (3,9 x 0%) e abdome agudo perfurativo (3 x 0,9%) no ano de 2020. Também houve aumento nos procedimentos de urgência e emergência (59,6 x 54,0%), necessidade de internação em UTI (8,7 x 5,6%) uso de antimicrobianos (58,7 x 52,6%), necessidade de CPRE (3,5 x 0,9%) e óbitos perioperatórios no segundo período. Conclusão: Assim, questiona-se algumas medidas implementadas durante a pandemia, como a suspensão das cirurgias eletivas, que pode ter piorado a evolução dos casos cirúrgicos, aumentando a morbi-mortalidade, os custos hospitalares e o consumo de recursos materiais e humanos que se pretendia reduzir.

Palavras-chave: Cirurgia Geral; Colecistite Aguda; Procedimentos Cirúrgicos Eletivos

ID: 113828

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Nathalia Sampaio / SAMPAIO, N / SANTA CASA DE CAMPINAS; Yana N. Fracari / FRACARI, YN / SANTA CASA DE CAMPINAS; Helena M N Biscalquin / Biscalquin, HMN / SANTA CASA DE CAMPINAS; Caio H Matoba / Matoba, C. / SANTA CASA DE CAMPINAS; Juliana Paula Horiuchi / Horiuchi, JP / GRUPO SURGICAL; José Alberto F S Filho / Filho, JAFS / GRUPO SURGICAL; Ciro B. G. Carvalho / Carvalho, CB / GRUPO SURGICAL; Prof. Dr. Bruno Moteiro T Pereira / Pereira, BM / GRUPO SURGICAL;

Título: APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA DE BAIXO CUSTO COMO SOLUÇÃO PARA AMPLA UTILIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Apesar do avanço diagnóstico e terapêutico da medicina, a apendicite continua sendo uma emergência clínica e segundo alguns autores é a principal causa de abdome cirúrgico agudo grave. Com o passar dos anos a cirurgia videolaparoscópica demonstrou diversos benefícios como diminuição da incidência de infeção em sítio cirúrgico, complicações, tempo cirúrgico e mais rápido retorno as atividades laborais. Apesar destes notórios benefícios uma dificuldade apontada por muitos cirurgiões frente ao Sistema Único de Saúde é o custo com material OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) como, trocarteres descartáveis, grampeadores ou pinças de energia bipolares ou ultrassónicas. O objetivo deste trabalho é demonstrar uma técnica de baixo custo com nó extracorpóreo realizada em 2.462 pacientes com diagnóstico de apendicite aguda dentre os meses de Janeiro de 2016 e Maio de 2022. Resultados: Foram realizadas mais de duas mil e quatrocentas apendicectomias laparoscópicas nos últimos seis anos e cinco meses com a técnica descrita (média 411/ano). São demonstrados os graus de apendicite, tempo cirúrgico, tempo de permanência hospitalar e índice de complicações. Conclusão: A técnica descrita com nó extracorpóreo demonstrou ser segura e efetiva com baixo índice de complicações e alta resolução sem o custo elevado da utilização dos materiais OPME possibilitando assim ampla utilização pelo SUS com custos menores relacionados ao procedimento e tempo de internação hospitalar.

Palavras-chave: apendicite aguda; videolaparoscopia; custos

ID: 113858

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Yana Nascimento Fracari / Fracari, YN / Santa Casa de Campinas; Nathália Sampaio / Sampaio, N / Santa Casa de Campinas; Helena Maria Nascimento Biscalquin / Biscalquin, HMN / Santa Casa de Campinas; Caio Heiji Matoba / Matoba, CH / Santa Casa de Campinas; Cecilia Araujo Mendes / Mendes, CA / Grupo Surgical; Rafael de Oliveira / Oliveira, R / Grupo Surgical; Rafael Mezalira Ruano / Ruano, RM / Grupo Surgical; Prof. Dr. Bruno Monteiro T Pereira / Pereira, BM / Grupo Surgical;

Título: APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM PRESERVACÃO TOTAL DO MESOAPENDICE? AVALIAÇÃO PREAMBULAR

Apendicite aguda é a principal causa de cirurgia abdominal de urgência no mundo, com uma incidência anual que varia entre 96,5-100 casos por 100.000 na população adulta. Apesar de discussões recentes, o tratamento desta afecção ainda é essencialmente cirúrgico e portanto diversas técnicas operatórias já foram descritas e realizadas na história. Atualmente, a apendicectomia videolaparoscópica (AVLP) é considerada o método padrão-ouro em virtude de inúmeras vantagens descritas em comparação com a cirurgia aberta, como redução do tempo de internação hospitalar, de infecção do sítio operatório e retorno laboral precoce. Ainda que a AVLP tenha sido consagrada como método de escolha há relativamente pouco tempo na literatura, a preservação ou exérese do mesoapêndice é uma etapa da cirurgia que ainda pode gerar discussões. O argumento para exérese baseia-se na técnica da cirurgia aberta e no risco da presença de um tumor apendicular oculto em um quadro de apendicite. Já o argumento para preservação do mesoapêndice vem na vantagem dos tumores de apêndice serem considerados raros, do tempo cirúrgico ser menor, da mitigação dos riscos de sangramentos provenientes da manipulação e dissecção da artéria apendicular e de que uma vez diagnosticado qualquer tipo de tumor apendicular o anatomopatológico do apêndice determina ou não intervenção oncocirúrgica. Este trabalho tem como objetivo analisar de forma inicial a estatística parcial deste serviço dentre o período de Janeiro de 2016 a Maio de 2022 (n=2462) e demonstrar os dados das AVLPs com preservação total do mesoapêndice que foram realizadas neste período comparando com resultado anatomopatológico. Nos 6 anos e 5 meses analisados foram realizadas 2462 AVLPs com preservação do mesoapêndice, os pacientes apresentaram idades entre 18 e 72 anos, com uma média de 28.45 anos, com incidência do sexo masculino sendo 1.5 vezes maior. Todos os 2462 pacientes obtiveram resultados anatomopatológicos. Na amostra estudada 6 casos apresentavam laudo de neoplasia apendicular (incidência de 0.24). 3 homens e 3 mulheres, com idade média de 38.8 anos. Desses pacientes, 2 necessitaram de reintervenção cirúrgica para realização de ampliação de margens com colectomia direita videolaparoscópica, 2 pacientes do sexo masculino com idade média de 38.8 anos e diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso T3NxMx - incidência de 0.08), com laudo anatopatologico final satisfatório. Os 4 pacientes remanescentes apresentaram anatomopatológico evidenciando tumor carcinoide tendo sido a AVLP suficiente para resolução total da doença maligna. De acordo com os resultados obtidos nesta analise preambular, é possível concluir que realizar AVLP com preservação do mesoapêndice é um método efetivo para o tratamento da apendicite aguda e tratamento ocasional de tumores de apêndice. Quando necessárias intervenções oncológicas estas são alargadas com linfadenectomia e excisão do mesocolon conforme estadiamento, incluindo o próprio mesoapendice.

Palavras-chave: AVLP; MESOAPENDICE; APENDICECTOMIA

ID: 113355

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Natacha Helena Uryu / Uryu, N. H. / UNICID; Giovana de Figueiredo Godoy / Godoy, G. F. / UNICID; José Francisco de Mattos Farah / Farah, J. F. M. / IAMSPE;

Título: CAUSAS CIRÚRGICAS DE ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO NO OCTOGENÁRIO

Introdução Dentre as causas de cirúrgicas de emergência no octogenário ressaltam-se os quadros sindrômicos de abdome agudo, sendo escassa a literatura sobre emergências cirúrgicas nessa faixa etária. Nossa instituição tem perfil de atendimento de pacientes de aproximadamente 80% acima de 65 anos, assim o estudo epidemiológico nosso pode ajudar em planejamento para esta crescente população. Acreditamos que a etiologia do quadro obstrutivo possa contribuir para desfechos negativos nos pacientes octogenários com oclusão intestinal aguda. Metodologia Estudo retrospectivo de prontuários eletrônicos de pacientes internados pelo serviço de cirurgia geral em uma única instituição entre mar/2017 e fev/2021. Foram incluídos pacientes entre 80-89 anos com quadro de obstrução abdominal de início agudo e associado a dor abdominal. Foram excluídos pacientes com outras síndromes abdominais, complicações cirúrgicas recentes (<90 dias), casos não cirúrgicos, e complicações tardias de outras síndromes intestinais. Resultados Foram analisados dados de aproximadamente 4.000 pacientes que deram entrada pelo serviço de cirurgia geral de uma única instituição entre março de 2017 a fevereiro de 2021, foram incluídos 111 pacientes octogenários submetidos a cirurgias de emergência devido a síndrome de abdome agudo obstrutivo. Obtivemos um total de oito grupos etiológicos que justificam o quadro agudo obstrutivo cirúrgico: neoplasia (36%); hérnia encarcerada (35,13%); brida, aderência ou hérnia interna (17,8%); volvo (5,4%); síndrome de Ogilve (2,7%); íleo biliar (1,8%); e intuscepção gástrica (0,9%). A taxa de mortalidade cirúrgica geral foi de 28,83% e a Síndrome de Ogilve foi a etiologia com maior mortalidade relativa 66,67%. O subtipo de hérnia com maior mortalidade dentro do grupo das hérnias em geral foi hérnia inguinal 5,13%, seguido por hérnia femoral 2,56%. Discussão A compreensão das necessidades únicas de pacientes geriátricos é crítica para otimização do manejo e apropriada priorização do cuidado. Chamou atenção a elevada mortalidade nos casos de bridas, aderência e hernia interna (55%) contra 7,6% das hernia de parede, sugerindo que a dificuldade diagnostica e demora de conduta seja um ponto importante a ser analisado. O presente estudo não foi desenhado para isso. Outra informação significativa, quase 75% das causas de abdômen agudo obstrutivo em octogenários poderiam ter diagnostico anterior e fossem resolução eletiva, com potencial de melhor resultados. A mortalidade elevada encontrada está entre dados de literatura, embora muito pouco informação específica do nosso meio foi encontrada. Os resultados obtidos nessa pesquisa referentes as comorbidades foram condizentes com outros autores que apontam HAS como a comorbidade mais prevalente. Conclusão: A mortalidade no abdômen agudo obstrutivo cirúrgico em octogenário e elevada podendo estar também relacionado a etiologia e ao retardo da intervenção.

Palavras-chave: abdome agudo obstrutivo; octogenário; urgência cirurgica

ID: 113512

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Gabriele Eckerdt Lech / Lech, G. E. / Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Laura Tibola Marques da Silva / Silva, L. T. M. da / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; Luiza Seixas de Sá Beltramo / Beltramo, L. S. S. / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; Yasmin Ricarte Hass Lopes / Lopes, Y. R. H. / Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre;

Título: ESTUDO COMPARATIVO SOBRE OS IMPACTOS DO COVID-19 NOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE URGÊNCIA NO SUS

Objetivo: Relatar o número de procedimentos cirúrgicos de caráter de urgência e a taxa de mortalidade desses por região brasileira. O estudo foi feito diante do contexto da pandemia do COVID-19, comparando os anos de 2019 e 2021. Método: Foi feita uma análise quantitativa regional a partir de dados retirados do DATASUS (SIH/SUS). Verificou-se as diferenças na quantidade de procedimentos cirúrgicos de urgência e sua taxa de óbitos no período de janeiro a dezembro de 2019 e de 2021, sendo os óbitos definidos pela quantidade de internações aprovadas que tiveram alta por óbito. Resultados: Em 2019, 2.845.181 procedimentos cirúrgicos de urgência foram realizados no Brasil pelo SUS. Já em 2021, registramos 2.659.522 procedimentos, representando uma queda de 6,53%. Em relação às regiões brasileiras, todas apresentaram um decréscimo nesse número, tendo como média 8,01% de queda. A região que apresentou menor diminuição foi o Centro-Oeste, apresentando 255.287 e 240.185 procedimentos em 2019 e 2021, respectivamente, registrando redução de 5,92%. A região que apresentou maior queda (10,11%) foi o Sul, partindo de 508.102 em 2019 para 456.765 procedimentos em 2021. Quanto ao número de óbitos, o número total aumentou (0,22%), de 67.684 em 2019 para 67.836 mortes por procedimentos cirúrgicos de urgência em 2021. Ao analisar as regiões brasileiras, percebemos que nas regiões Sul e Sudeste o número total aumentou, enquanto nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, ele diminuiu. A região Sul apresentou a maior taxa de aumento (4,08%), registrando 15.531 e 16.166 óbitos em 2019 e 2021, respectivamente. Já a região Norte partiu de 3.569 em 2019 para 3.273 óbitos em 2021, registrando a maior taxa de queda (8,3%). Conclusões: Ao compararmos o ano pré pandemia (2019) e o período pós restrições sociais intensas (2021), com a pandemia ainda não finalizada, notamos uma diminuição no número de procedimentos cirúrgicos de urgência, ainda que com aumento de óbitos decorrentes dessa área. Essa diminuição pode ter relação com a resistência da população em procurar serviços de urgência, apesar do menor controle quanto à circulação de pessoas. Além disso, o aumento dos óbitos pode ter diversas etiologias. Entre elas, destacamos possível relação com maior gravidade dos casos que buscaram tratamento (em contraste com quando não havia restrições), com a população buscando o serviço de urgência inclusive para casos de menor complexidade e, inclusive, pacientes com comorbidades causadas pelo próprio SARS-CoV-2. No entanto, estudos mais extensos são necessários para corroborar essas hipóteses.

Palavras-chave: Cirurgias de urgência; COVID-19; Óbitos

ID: 113493

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Maria Fernanda Brum Ribeiro / Ribeiro, M. F. B. / Hospital Geral de Itapevi; Marilia Loureiro Gois Cavalcante / Cavalcante, M. L. G. / Hosital Geral de Itapevi; Braulio Victor Brandão Ladeia / Ladeia, B. V. B. / Hosital Geral de Itapevi;

Título: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E FATORES ASSOCIADOS À COMPLICAÇÃO NA APENDICITE AGUDA NO HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI.

OBJETIVO: O objetivo deste trabalho foi analisar e descrever o perfil clínico e avaliar o manejo peri-operatório e pós-operatório de pacientes submetidos à apendicectomia. Investigar e comparar os achados do procedimento invasivo bem como suas complicações pós-operatórias em pacientes com apendicite aguda internados no Hospital Geral de Itapevi. MÉTODO: Estudo retrospectivo realizado no Hospital Geral de Itapevi, Itapevi, São Paulo, Brasil. Foram coletado os dados de 219 prontuários de pacientes submetidos à apendicectomia no período de novembro de 2016 a dezembro de 2019. Levaram-se em consideração as seguintes variáveis: sexo, idade, fase evolutiva, tipo de incisão, técnica operatória, tempo de internação e complicações. RESULTADOS: Dos 219 pacientes apendicectomizados, 71% foi realizado por incisão em fossa ilíaca direita, 27% por incisão mediana e 2% por videolaparoscopia. As complicações ocorreram em 3,2%, sendo 1,77 vezes mais frequentes em incisão mediana que laparotômica. CONCLUSÃO: Níveis consideráveis de complicação ocorrem nas apendicectomias e diversos fatores podem influenciar. Incisão mediana contribuiu para aumento deste número e cirurgias laparoscópicas tendem a ter menores taxas de complicação.

Palavras-chave: Apendicite Aguda; Abdome Agudo Inflamatório

ID: 113830

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Nathalia Sampaio / SAMPAIO, N / SANTA CASA DE CAMPINAS; Yana N. Fracari / FRACARI, YN / SANTA CASA DE CAMPINAS; Helena M N Biscalquin / Biscalquin, HMN / SANTA CASA DE CAMPINAS; Caio H Matoba / Matoba, C. / SANTA CASA DE CAMPINAS; Ciro B. G. Carvalho / Carvalho, CB / GRUPO SURGICAL; Giovani Beraldo / Beraldo, G / GRUPO SURGICAL; Alcir Escocia Dorigatti / Dorigatti, AE / GRUPO SURGICAL; Prof. Dr. Bruno Moteiro T Pereira / Pereira, BM / GRUPO SURGICAL;

Título: PERMANECE A APENDICITE AGUDA MAIS PREVALENTE EM ADULTOS JOVENS?

A apendicite aguda é considerada por alguns autores como a principal causa de abdome agudo cirúrgico. Incidente em todas as idades, é apontada pela literatura contemporânea como sendo mais frequente em crianças e adultos jovens, predominantemente no sexo masculino. O objetivo do presente estudo é responder à hipótese de que a apendicite aguda, na região geográfica pesquisada, deixou de ser mais prevalente em adultos jovens. Método: Análise retrospectiva do banco de dados deste serviço foi realizada. Entre os períodos de Março de 2013 e Maio de 2022 foram realizadas 2762 apendicectomias em adultos e suas variáveis epidemiológicas estudadas. Foram excluídos os pacientes menores de 13 anos. Resultados: Todos os pacientes obtiveram diagnóstico de apendicite aguda confirmado por biópsia. Há predominância do sexo masculino. A variação de idade incluída nesta amostra foi de 14 a 74 anos (± 34.4). Conclusão: Uma tendência em relação à epidemiologia da apendicite aguda pode estar em vigor. Na região específica estudada, a apendicite aguda deixou de ser uma doença mais prevalente em adultos jovens segundo a definição da OMS (adultos jovens de 20-24 anos). Cirurgiões devem estar cientes de que a apendicite aguda pode não ser mais predominantemente comum em adultos jovens em sua própria região. Estudos multicêntricos são necessários para determinar se esses dados são reproduzidos em uma área geográfica de maior extensão.

Palavras-chave: apendicite aguda; prevalencia; abdome agudo

ID: 113577

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Ian Rodrigues Mascarenhas Macedo / Mascarenhas, I / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Leonardo Batista Dourado / Dourado, L. B. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); José Guilherme Reis de Oliveira / Reis-Oliveira, J. G. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Matheus Silva Flores / Flores, M. S.. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Bruno Fucs Machado Barros / Fucs, BMB / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Anna Vitória Carvalho de Andrade / Andrade, AVC / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Rafael R Tourinho-barbosa / Tourinho-Barbosa, RR / Hospital Cardiopulmonar (HCP;

Título: FATORES PREDITORES PARA ALCANÇAR O TRIFECTA EM PACIENTES SUBMETIDOS A NEFRECTOMIA PARCIAL MINIMAMENTE INVASIVA: UMA ANÁLISE PROSPECTIVA.

OBJETIVO: O Trifecta (margens cirúrgicas negativas, tempo de isquemia quente < 30 min e ausência de complicações perioperatórias) é o objetivo a ser alcançado na nefrectomia parcial (NP), porém pouco se tem conhecimento sobre outros fatores que possam influenciar nesse desfecho. O objetivo do presente estudo é investigar a influência de outros fatores para alcançar o Trifecta.MÉTODO: Este é um estudo de coorte, no qual foram incluídos 194 pacientes, maiores que 18 anos, submetidos a NP robótica ou laparoscópica no período entre janeiro de 2008 e maio de 2022, sendo acompanhados por 2 anos a fim de avaliar as possíveis complicações pós-operatórias. Os dados coletados no estudo incluem: idade, sexo, Índice de Massa Corporal (IMC), classificação ASA, escore RENAL, ureia, creatina, perda sanguínea, tempo de cirurgia e de internação, tempo de isquemia quente, margem cirúrgica e presença de complicações. O teste D□Agostino foi utilizado para avaliar normalidade. Variáveis categóricas foram expressas como frequência e porcentagem, sendo avaliadas por teste exato de Fisher ou Qui-quadrado. Variáveis numéricas foram expressas como média/desvio padrão ou mediana/intervalo interquartil e os grupos foram comparados pelo teste t de independente ou Mann-Whitney, a depender da normalidade das variáveis. Foi realizada regressão logística multivariada, com cálculo de odds ratio (IC 95%), para identificar variáveis associadas com Trifecta.RESULTADOS: As médias de idade e IMC foram 58,4 anos e 27,88 kg/m², respectivamente. 54,1% dos pacientes são mulheres. As médias do score RENAL, creatinina e ureia pré-operatórias foram, respectivamente, 7, 0,92mg/dl e 32,35mg/dl. A classificação ASA foi 2 em 142 casos. As médias de tempo de isquemia quente, perda sanguínea e tempo de cirúrgica foram 18,11 minutos, 268,54ml e 134,85 minutos, respectivamente. Complicações pós-operatórias estiveram presentes em 22 casos. Após análise AUROC, escore de renal maior que 7 (AUC 0.35 p < 0,003), perda sanguínea maior que 300ml (AUC 0.35 p < 0,002) e tempo cirúrgico maior que 140 minutos (AUC 0.3 p < 0,001) foram significantemente associados ao não alcance do Trifecta. CONCLUSÃO: Os fatores preditores independentemente associados ao Trifecta foram o escore RENAL, o tempo de cirurgia e o sangramento.

Palavras-chave: Nefrectomia parcial; Trifecta; Desfecho

ID: 113488

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Ana Flávia Barbosa de Castro / Castro, AFB / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Matheus Silva Flores / Flores, MS / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Camila de Almeida Costa Alencar / Alencar, CAC / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Ian Rodrigues Mascarenhas Macedo / Mascarenhas, I / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); José Guilherme Reis de Oliveira / Reis-Oliveira, JG / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Lucas Moreira Leite Leal / Leal, LML / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Rafael R Tourinho-barbosa / Tourinho-Barbosa, RR / Hospital CardioPulmonar; Lucas Teixeira Batista / Batista, LT / Hospital CardioPulmonar;

Título: PROSTATECTOMIA RADICAL ROBÓTICA VERSUS VIDEOLAPAROSCÓPICA NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE PRÓSTATA CLINICAMENTE LOCALIZADO: RESULTADOS FUNCIONAIS E COMPLICAÇÕES.

Objetivo: Avaliar as complicações pós-operatórias, continência e função erétil entre pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado submetidos a prostatectomia radical robótica (PRR) versus Prostatectomia radical videolaparoscópica (PRVL). Metodologia: Trata-se de uma coorte retrospectiva, sendo analisados dados de 252 pacientes submetidos a PRVL e PRR. A PRVL foi realizada no período de 2012 a 2021 e a PRR, no período de 2015 a 2021, por uma equipe composta de 2 urologistas. Foram incluídos pacientes com CaP clinicamente localizado e excluídos pacientes de alto risco, além dos pacientes cujos dados eram faltantes quanto às variáveis de interesse. As variáveis específicas de análise foram tempo cirúrgico, tempo de internamento pós prostatectomia, perda sanguínea estimada, retenção urinária, estenose de colo, fístulas da anastomose vesicouretral, incontinência urinária de esforço (IUE) 15, 30, 60 e 90 dias pós-operatórios, disfunção erétil (DE) 30, 60 e >60 dias pós-operatórios. Resultados: Um total de 124 (49,2%) pacientes foram submetidos à PRVL e 128 (50,8%) à PRR. A idade mediana da amostra foi 65 (IIQ 61-69) e o PSA mediano foi 5,5 (IIQ 4,4 ? 7,52). Não houve diferença entre os grupos com relação as variáveis IMC, idade, PSA e volume prostático. Houve diferença entre os grupos com relação ao ISUP (p<0,001). Na avaliação das complicações pós-operatórias, não houve diferença entre os grupos com relação à presença de estenose de colo vesical e retenção urinária pós prostatectomia. Porém, verificou-se maior incidência (5,6%) de fístulas da anastomose vesicouretral em pacientes submetidos a PRVL, nenhum paciente submetido a PRR apresentou fístula (p=0,006). A PRR teve menor tempo de cirurgia (p<0,001), menor tempo para alta (p<0,001) e menos perdas sanguíneas (p<0,001). Não foi encontrada associação entre IUE pós-operatória 15 dias pós cirurgia e o tipo de cirurgia. No entanto, verificou-se maior incidência de IUE 30 (37,5% e 50% para PRR e PRVL; p=0,01), 60 (27,3% e 44,3% para PRR e PRVL; p=0,001) e 90 (20,3% e 37,1% para PRR e PRVL; p=0,001) dias após o ato operatório no grupo PRVL. Na análise da disfunção erétil, foram excluídos 51 pacientes que não apresentavam ereção previamente ao ato cirúrgico. Não foi encontrada associação entre disfunção erétil pós-operatória 30 (p=0,632), 60 (p=0,101) e > 60 dias (p=0,228) pós-operatórios e o tipo de cirurgia. Conclusão: A PRR apresentou melhores resultados funcionais em relação a continência urinária e iguais taxas de função erétil. Há menor incidência de fístulas urinárias em pacientes submetidos a PRR, não havendo diferença com relação a incidência de retenção urinária e estenose de colo vesical.

Palavras-chave: prostatectomia radical minimamente invasiva; continência urinária; função erétil

ID: 112244

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: Tema Livre

Autores: Caroline de Almeida Gonçalves / Gonçalves, C.A. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Caroline de Almeida Gonçalves / Gonçalves, C.A. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Bruno Henrique Nunes Hirata / Hirata, B. H. N. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Pedro de Souza Lucarelli Antunes / Lucarelli-Antunes, P. S. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Caio Nasser Mancini / Mancini, C. N. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Pedro Chiaramelli / Chiaramelli, P. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Henrique Cunha Mateus / Mateus, H. C. / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo;

Título: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E RESULTADOS PÓS OPERATÓRIOS DE 229 PACIENTES SUBMETIDOS A COLECISTECTOMIA ELETIVA EM UM HOSPITAL PÚBLICO SECUNDÁRIO

Objetivo: Avaliar a amostra de pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica eletiva realizada pelo residente do segundo ano de cirurgia geral sob supervisão, bem como seus resultados, em hospital secundário na cidade de São Paulo. Método: Análise retrospectiva dos dados contidos em prontuário dos pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica eletiva no Hospital São Luiz Gonzaga entre os meses de maio de 2020 e abril de 2021. Foram avaliados dados demográficos, índice de massa corporal, comorbidades, tabagismo, etilismo e antecedentes cirúrgicos obstétricos. Os dados pré e intra-operatórios, o tempo de internação e a ocorrência de complicações foram descritos. Resultados: Foram incluídos 229 pacientes, a maioria do sexo feminino (178); a idade média era de 46,5 anos; o IMC médio era de 29,2 kg/m2. As comorbidades mais presentes foram: hipertensão arterial sistêmica (36%), diabetes mellitus (14%) e hipotireoidismo (6%). Oito por cento dos pacientes eram tabagistas e apenas 1% etilistas. Noventa e seis por cento dos pacientes eram brasileiros. Dos 4% restantes, 3% eram bolivianos. Apenas 3% dos pacientes tinham como antecedente alguma cirurgia no andar superior do abdome, 44% do andar inferior. Entre os pacientes do sexo feminino, 82% apresentavam alguma gestação prévia: 28% uma gestação, 28% duas gestações e 16% três gestações; 8% eram pacientes com mais de 3 gestações (Figura 4). Apenas 13 pacientes (5,6%) foram operados sem sintomas. Apesar das indicações eletivas, foram observados 3 de empiemas de vesícula, 9 pacientes com cálculo impactado no infundíbulo vesicular, 13 vesículas hidrópicas, 6 vesículas escleroatroficas, 10 espessamentos de parede vesicular e 21 vesículas com aderências previas. Duzentos e vinte e quatro pacientes (98%) tiveram alta hospitalar até o segundo dia pós-operatório, sendo 211 no primeiro dia pós-operatório. As complicações que postergaram a alta foram: conversão da cirurgia devida a dificuldade técnica; drenagem do leito vesicular; lesão hepática na passagem do trocarte; lesão lateral da via biliar. Não houve nenhuma reoperação e nenhum óbito. Conclusões: A colecistectomia apresenta potencial para dificuldades técnicas mesmo quqnado realizada de forma eletiva, pela prevalência de formas complicadas da doença biliar. Desta forma, os dados apresentados ratificam a necessidade de um extenso treinamento para diminuição de complicações relacionadas a falha técnica durante a cirurgia, sendo que o modelo de ensino prático supervisionado comprovou-se eficaz, através de um índice de lesão de via biliar de 0,008%, nenhuma reoperação e nenhum óbito.

Palavras-chave: Colelitiase; Colecistectomia Videolaparoscópica; Vesícula Biliar

ID: 113154

Área: CIRURGIA PLÁSTICA

Forma de apresentação: Trabalho destaque - exposição de Pôster Impresso

Autores: Aderbal Gaulino Galassi Neto / Galassi Neto, A.G. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia São José Rio Preto - Sp; Rodolfo Cesar Azevedo Palma / Palma, R.C.A. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia São José Rio Preto - Sp; Endriw Grasel / Grasel, E. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia São José Rio Preto - Sp; Francisco Stefani Segato / Segato, F.S. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia São José Rio Preto - Sp; Heitor Augusto Garcia / Garcia, H.A. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia São José Rio Preto - Sp; Hannah Backsmann Ferreira / Ferreira, H.B. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia São José Rio Preto - Sp; Frederico Guilherme Lopes Silveira / Silveira, F.G.L. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia São José Rio Preto - Sp; Danilo Vendrame Vivas / Vivas, D.V. / Irmandade Santa Casa de Misericórdia São José Rio Preto - Sp;

Título: RETALHO FASCIOCUTÂNEO SUPEROMEDIAL DA COXA: BOA OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA RECONSTRUÇÃO DE BOLSA ESCROTAL APÓS ACOMETIMENTO POR SÍNDROME DE FOURNIER RELATO DE CASO

Introdução: a fasceíte necrotizante do períneo é uma infecção de rápida progressão que acomete desde o períneo, a bolsa escrotal até a parede abdominal inferior. Possui baixa incidência e alta letalidade, sendo o sexo masculino o mais acometido. Na maioria dos casos é complicação de doenças ou procedimentos cirúrgicos. A fisiopatologia pode estar atrelada a trauma local, infecção geniturinário ou perineal. O tratamento é uma urgência e consiste no suporte hemodinâmico, desbridamento, antibioticoterapia e a reconstrução ideal se baseia em tempo único, com adequada espessura de pele e tecido subcutâneo. Relato de caso: E.R.S., 54 anos, masculino, pardo, etilista, tabagista, diabético e hipertenso sem tratamento, cirrótico, fistulectomia há 14 anos, deu entrada num Hospital do Noroeste Paulista no meio do ano de 2021, inicialmente admitido pela equipe da Cirurgia Geral, com queixa de dor, abaulamento e secreção em bolsa escrotal há 25 dias. Ao exame: lesão necrótica, com secreção purulenta e fétida em bolsa escrotal com extensão para o períneo. Já realizado antibioticoterapia com Ciprofloxacino e Metronidazol por 14 dias sem melhora portanto instituído Ceftriaxona e Clindamicina, após cinco dias juntamente da equipe da Cirurgia Urológica, realizou drenagem, desbridamento e confecção de bolsa de colostomia. No 9º pós op. iniciou curativo por pressão negativa. No 24º realizou-se rotação de retalho fasciocutâneo superomedial de coxa bilateral tendo alta três dias após com Ciprofloxacino e Clindamicina por mais 10 dias. No 30º pós op. da rotação do retalho, retirou os pontos e em porção proximal da área doadora do membro inferior esquerdo houve deiscência, tratada de forma conservadora com Colagenase pomada por 2 meses, já no 4º mês com resultado satisfatório obteve alta. Discussão: O tratamento do Fournier consiste na remoção emergencial de tecidos desvitalizados e antibioticoterapia, esse desbridamento extenso traz desvantagens e perdas teciduais importantes, exposição de áreas cruentas, musculatura dos testículos, que acabam por ficarem desprotegidos e suspensos. A depender da lesão, tecidos adjacentes, pode optar na reconstrução com orquiectomia e fechamento espontâneo e utilização de pele remanescente, enxertos de pele, sepultamento dos testículos, retalhos cutâneos, fasciocutâneos, geralmente de face anterior ou medial e miocutâneos. Dentre estes, fez-se relevante retalho fasciocutâneo da região superomedial de coxa bilateral devido a simplicidade de execução e pele em excesso na área doadora não tendo comprometimento funcional. Conclusão: a reconstrução da bolsa escrotal é desafiadora, sendo primordial a manutenção da função, estética e saúde mental do doente. Quando não contraindicado, o retalho fasciocutâneo superomedial da coxa constitui excelente opção dada a sua fácil execução, boa cobertura, confiabilidade vascular e ausência de sequela à área doadora.

Palavras-chave:

ID: 113263

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: Trabalho destaque - exposição de Pôster Impresso

Autores: Luana Perrone Camilo / Camilo, L. P. / Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein; Rafael Leite Nunes / Nunes, R. L. / GST Oncologia; Bernard Costa Favacho / Favacho, B. C. / GST Oncologia; Jamile Barakat Awada / Awada, J. B. / GST Oncologia; Guilherme Mendes Gava / Gava, G. M. / GST Oncologia; Bruno Figueiredo Muller / Muller, B. F. / GST Oncologia; Nam Jin Kim / Kim, N. J. / GST Oncologia; Tiago Riuji Ijichi / Ijichi, T. R. / GST Oncologia;

Título: RECONSTRUÇÃO DE PAREDE ABDOMINAL COM DUPLA TELA NO TRATAMENTO DE TUMOR DESMOIDE DE GRANDES PROPORÇÕES: RELATO DE CASO

Introdução O tumor desmoide ou fibromatose profunda é uma neoplasia rara, com estimativa de incidência de 2 a 4 casos por 1 milhão de habitantes, benigna, não metastática, localmente infiltrativa e que origina de tecidos moldes ou estruturas músculo-aponeuróticas. São observados mais comumente em mulheres, com idades entre 15 e 60 anos no período reprodutivo. O objetivo deste relato é discutir um caso de tumor desmoide de grandes proporções em paciente sem histórico de polipose adenomatosa familiar, tratada com sucesso por exérese cirúrgica, necessitando de reconstrução complexa com dupla tela, com boa evolução e sem evidência de recidiva. Relato Mulher, 43 anos, em consulta realizada no dia 10/11/2020, referiu que há 9 meses iniciou com aumento de volume abdominal. À palpação, apresentava massa de aproximadamente 16 cm e se localizava próximo ao hipocôndrio direito. Na análise da ressonância magnética, feita em outubro do mesmo ano, foi observada uma lesão expansiva abdominal rente ao músculo reto abdominal direito, medindo 172 x 86 x 190 mm com conteúdo heterogêneo. Foi realizada a biópsia da lesão que revelou uma lesão fusocelular mesenquimal compatível com fibromatose, com Ki-67 de 2% ao estudo imunoistoquímico. Diante de lesão de grande volume, provocando sintomatologia acentuada (dor abdominal e plenitude pós-prandial precoce), optou-se por ressecção de tumor de parede abdominal, reconstruindo com dupla tela, uma com face própria para contato com alças intestinais (Proceed, Johnson & Johnson) locada sub-lay e uma onlay de prolene. Foi feito drenagem de espaço retromuscular e subcutâneo através do dreno de portovac e ressecção em bloco da lesão com aponeurose anterior, parte do músculo reto abdominal à direita e aponeurose posterior. Optou-se também por realização de apendicectomia tática. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, mantendo dreno portovac por 15 dias e uso de cinto abdominal por 3 meses. Permanece em seguimento ambulatorial, sendo que no momento não tem sinais de recidiva local ou de prejuízo funcional. Discussão A ressecção cirúrgica com margens ampliadas é o tratamento de escolha para os tumores desmóides, sendo indicado em pacientes sintomáticos. Devido a altas taxas de recidiva, de até 65%, a indicação do tratamento cirúrgico deve ser criteriosa. Além disso, conforme ocorreu no caso relatado, quando o defeito é extenso, a reconstrução pode ser desafiadora. Neste sentido a técnica empregada, com uso de dupla tela, se mostrou de fácil exequibilidade e com bom resultado funcional. A tela deve sobrepor pelo menos 3 cm no defeito parietal e permitir que seja restaurada a fisiologia da parede mesmo após a ressecção do músculo reto abdominal, reforçando-a e prevenindo hérnias incisionais. Apesar dos estudos e dos relatos das abordagens cirúrgicas para ressecção de tumores desmoides, as estratégias utilizadas ainda permanecem controversas e dependem do histórico do paciente e da preferência do cirurgião.

Palavras-chave: tumor desmoide; parede abdominal; dupla tela

ID: 113318

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: Trabalho destaque - exposição de Pôster Impresso

Autores: Amanda Beliza Ramalho de Melo Macedo / Macedo, A. B. R. M. / UNISA; Caio Visalli Lucena da Cunha / CUNHA, C. V. L. C. / UNIPÊ; Denise Mota Araripe Pereira / PEREIRA, D. M. A. P. / FCM-JP; Tácio Araújo Gonçalves Viana / VIANA, T. A. G. / UNIPÊ;

Título: OS DESAFIOS DE UM GRUPO DE CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

OBJETIVO: O ato de fumar o cigarro ou a exposição passiva à sua fumaça estão relacionados ao desenvolvimento de pelo menos 50 patologias. Durante a Pandemia por COVID-19, observou-se que pacientes que apresentavam comorbidades relacionadas ao cigarro possuíam formas mais severas da doença, podendo culminar em morte. Diante disso, deseja-se relatar a experiência de um grupo de combate ao tabagismo em uma Unidade de Saúde da Família no contexto de Pandemia. MÉTODO: O grupo escolhido foi caracterizado como educação em saúde, com finalidade de ajuda mútua, seguindo as vertentes da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Como suporte teórico, foi escolhido o Manual do Coordenador - Deixando de Fumar sem Mistérios do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, com quatro sessões. RESULTADOS: Foi observado que apesar da presença do tabagismo ser maior no sexo masculino, as mulheres procuram mais os serviços de saúde. Pessoas com baixa escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis podem apresentar maior dificuldade de cessação. A maioria dos participantes do grupo ainda estavam em processo de contemplação, o que pode estar relacionado à dependência física, às associações de comportamentos e à dependência psicológica. Levantou-se a possibilidade de que a TCC sozinha seria insuficiente para o sucesso terapêutico, visto que os pacientes apresentavam alta carga tabágica e possuíam medo dos sintomas de abstinência. Apesar das drogas antitabagismo estarem na Relação Nacional de Medicamentos disponíveis no Sistema Único de Saúde, na prática, não foram distribuídas à farmácia da Unidade. A escassez de recursos leva à sensação de impotência ao profissional, podendo contribuir para o desenvolvimento da Síndrome de Burn Out. CONCLUSÕES: Conclui-se que deixar um hábito é uma tarefa muito desafiante. Porém, mesmo diante de fracassos nas tentativas, quando uma pessoa é beneficiada, isso traz grandes impactos individuais e para o Sistema de Saúde, evitando ou controlando comorbidades associadas ao cigarro.

Palavras-chave: Abandono do Uso de Tabaco; Tabagismo; Atenção Primária à Saúde

ID: 113433

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: Trabalho destaque - exposição de Pôster Impresso

Autores: Camile Santa Rosa e Silva / Silva, C. S. R. / Hospital Ana Nery ; Naiah Enéas da Silva Almeida / Almeida, N. E S. / Hospital Ana Nery; Filipe Das Mercês Ramos da Silva / Silva, F. M. R. / Hospital Ana Nery; Gabriel Silva Rocha / Rocha, G. S. / Hospital Ana Nery; Lizandra Lavinia Santos de Albuquerque Menezes / Menezes, L. L. S. A. / Escola Bahiana de Medicina; Natalia Damasceno Almeida / Almeida, N. D. / Escola Bahiana de Medicina; Iohana Gonçalves Marques / Marques, I. G. / Escola Bahiana de Medicina; Bruno da Silveira Almeida / Almeida, B. S. / Hospital Ana Nery;

Título: METÁSTASE PANCREÁTICA ISOLADA DE MELANOMA UVEAL APÓS 15 ANOS LIVRES DE DOENÇA

Introdução Melanoma uveal é o tumor intraocular maligno de maior prevalência em adultos, sendo o melanoma de coroide o subtipo mais comum. Atualmente, apesar de o melanoma uveal ser efetivamente controlado a nível local, os métodos de tratamento ainda não impedem o risco de metástases futuras, que acometem cerca de 50% desses pacientes, levando a uma sobrevida média de 6-8 meses após diagnóstico. As metástases ocorrem principalmente por disseminação hematogênica, sendo o fígado o principal sítio metastático (89% dos casos). A ressecção cirúrgica completa da lesão metastática, quando possível, é o tratamento de primeira escolha, aumentando significativamente a sobrevida. Relatamos um caso raro de uma paciente portadora de melanoma de coroide com metástase isolada de pâncreas após 15 anos livre da doença, tratada cirurgicamente com sucesso. Relato de caso Paciente do sexo feminino, 39 anos, queixando-se de episódio único de dor epigástrica. Há 15 anos, foi submetida a enucleação do globo ocular esquerdo secundária a melanoma de coroide. O tratamento foi complementado com radioterapia e o seguimento foi mantido por 13 anos, sem recidiva da lesão. No atendimento atual, tomografia e ressonância de abdome sugeriram lesão sólida na cabeça/processo uncinado do pâncreas, cerca de 3,0 cm, característica de neoplasia primária. Biópsia guiada por ultrassom endoscópico revelou melanoma metastático pancreático. No intra-operatório, foi identificada lesão enegrecida de aproximadamente 2,5 cm em cabeça de pâncreas e realizada gastroduodenopancreatectomia. Estudo anatomopatológico confirmou metástase de melanoma isolada em pâncreas, estando presentes os anticorpos S100 (policlonal) e melanoma (HMB45). No seguimento de 6 meses, o PET-TC foi negativo para outras metástases. Ela continua em acompanhamento ambulatorial após a cirurgia, sem queixas. Discussão Melanomas oculares representam 3% de todos os melanomas, sendo 85% originados no trato uveal. A incidência do melanoma uveal varia de 5,3-10,9 casos por milhão de habitantes por ano, e fatores de risco incluem pele branca, olhos claros, melanocitose oculodermal, melanocitoma, e síndrome de predisposição a tumor relacionado ao BAP1. Ainda não está claro se a exposição solar aumenta o risco de MU. Apesar dos avanços no tratamento da lesão primária, a estimativa de sobrevida relativa após diagnóstico é de 60% em 15-20 anos, e após a presença de doença metastática, é de cerca de 6 a 8 meses. Dentre os tratamentos disponíveis para metástase de MU, tem-se terapias sistêmicas como quimioterapia, radioterapia e imunossupressão, e terapias locais, como radioterapia interna seletiva, quimioterapia intra-arterial e ressecção cirúrgica. A cirurgia, em quadros de tumor metastático solitário, está associada a maior sobrevida, porém nem todos os pacientes são elegíveis ao procedimento. Esse relato de caso ilustra uma situação rara de acometimento pancreático isolado, com êxito no tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Melanoma uveal; Metástase panreática; Tumor intraocular maligno

ID: 113567

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: Trabalho destaque - exposição de Pôster Impresso

Autores: Izabella Maria Lopes Titon / TITON, I. M. L. / Universidade Federal do Paraná; Jonas Takada / TAKADA, J. / Universidade de São Paulo; Rafaella Tomomi Oishi / OISHI, R. T. / Universidade Federal do Paraná; Flávia Fernanda de França / FRANÇA, F. F. / Universidade Federal do Paraná; Rayana Endy Maziero / MAZIERO, R. E. / Universidade Federal do Paraná; Raquel Laís Kreuz / KREUZ, R. L. / Universidade Federal do Paraná; Luan Zacarias Nunes / NUNES, L. Z. / Universidade Federal do Paraná;

Título: NECROSECTOMIA ENDOSCÓPICA NA ABORDAGEM DA NECROSE PANCREÁTICA DELIMITADA: RELATO DE CASO

INTRODUÇÃO: A pancreatite aguda se caracteriza pela intensa inflamação do pâncreas, o que pode levar a alterações locais e sistêmicas, podendo culminar em óbito. É uma doença comum e na grande maioria dos casos, a pancreatite aguda se apresenta como uma forma leve da doença, com quadro autolimitado e evolução favorável. Entretanto, até 30% dos casos evoluem para quadros graves, principalmente quando associada à necrose pancreática. RELATO DE CASO: Paciente feminina, 55 anos, hipertensa. Encaminhada por evolução desfavorável de pancreatite aguda com formação de necrose pancreática delimitada (NPD) com evolução de 10 semanas. Paciente apresentava-se com abdômen distendido e difusamente doloroso à palpação, associado a inapetência, vômitos e febre há 3 dias. Solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdômen total e observou-se áreas de hipocontrastação em região de corpo e cauda pancreáticas, evidenciando extensa área de necrose encistada associada a presença de ar em seu interior e líquido espesso em cavidade abdominal, compatível com NPD com posterior perfuração e contaminação grosseira da cavidade, com quadro de peritonite generalizada. Optou-se por abordagem cirúrgica imediata por laparotomia, onde evidenciou-se a cavidade necrótica do pâncreas na topografia da pequena curvatura gástrica, com projeção retroperitoneal e aderida a órgãos adjacentes. Notou-se perfuração com extravasamento de líquido exsudativo pela face do mesentério do cólon transverso, levando a contaminação grosseira da cavidade abdominal. Após drenagem do conteúdo, realizou-se a inserção de duas sondas Foley de médio calibre na área perfurada da cavidade necrótica pancreática, exteriorizadas pela parede abdominal, com intuito de estabelecer uma via de acesso para abordagens posteriores. Paciente evoluiu com melhora do quadro inicial e melhora nos exames laboratoriais. No 10º dia pós-operatório (PO), foi realizada nova abordagem, dessa vez pelo óstio e caminho criado pelas sondas de Foley previamente posicionadas. Através de via endoscópica, foi possível acessar a cavidade necrosada e realizar desbridamento do conteúdo, em 3 sessões com intervalos de 5 dias. Após resolução do quadro, paciente recebeu alta no 23º PO. DISCUSSÃO: A revisão de Atlanta de 2012 define que 10% dos pacientes com pancreatite aguda grave desenvolvem necrose pancreática. Na NPD, após 4 semanas de evolução, surge uma área circunscrita com líquido e restos pancreáticos necróticos que substitui parte do parênquima pancreático e surge a partir de área necrosada. Para o manejo da NPD, há necessidade de tratamento invasivo, como drenagem e necrosectomia. O tratamento cirúrgico de escolha é a laparotomia, entretanto o risco de disseminação da infecção deve ser considerado. A associação de técnicas menos invasivas como drenagem percutânea ou endoscópica permite posterior desbridamento de tecido necrótico conforme necessidade, além de evitar novas abordagens via cirurgia aberta.

Palavras-chave: Pancreatite aguda; Necrose pancreática delimitada; Endoscopia

ID: 113422

Área: TRANSPLANTES

Forma de apresentação: Trabalho destaque - exposição de Pôster Impresso

Autores: Marcella de Albuquerque Wanderley / WANDERLEY, M. A. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Elyjah Karlla Silva Quintela Abreu / ABREU, E. K. S. Q. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Matheus de Andrade Amaral / AMARAL, M. A. / CENTRO UNIVERSITÁRIO CESMAC; Roberta de Fátima de Lima Ramires Oliveira / OLIVEIRA, R. F. L. R. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Edmundo Guilherme de Almeida Gomes / GOMES, E. G. A. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Filipe Augusto Porto Farias de Oliveira / OLIVEIRA, F. A. P. F. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Leonardo Wanderley Soutinho / SOUTINHO, L. W. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ; Oscar Cavalcante Ferro Neto / NETO, O. C. F. / SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ;

Título: INÍCIO DO TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ALAGOAS: RELATO DOS 7 PRIMEIROS CASOS DO SERVIÇO.

INTRODUÇÃO: O TRANSPLANTE HEPÁTICO É O TRATAMENTO MAIS EFICAZ PARA PACIENTES COM DOENÇA HEPÁTICA TERMINAL, INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA, ALGUMAS DOENÇAS METABÓLICAS DO FÍGADO, ALÉM DO CARCINOMA HEPATOCELULAR E HEPATITE AUTOIMUNE. O INÍCIO DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO EM ALAGOAS ENFRENTOU DIVERSAS DIFICULDADES DEVIDO A ALTA COMPLEXIDADE DO PROCEDIMENTO E NECESSIDADE DE SERVIÇO BEM ESTRUTURADO COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL CAPACITADA. ELE TEVE INÍCIO A PARTIR DA PORTARIA Nº 313, DE 07 DE ABRIL DE 2020. O OBJETIVO DO TRABALHO É RELATAR OS SETE PRIMEIROS TRANSPLANTES DE FÍGADO COM DOADOR CADÁVER EM ALAGOAS, NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ DURANTE O PRIMEIRO ANO DE INÍCIO DO SERVIÇO. RELATO DA SÉRIE DE CASOS: O GRUPO DE PACIENTES É HETEROGÊNEO COM DUAS FAIXAS ETÁRIAS PREDOMINANTES, NOS QUAIS DOIS PACIENTES SÃO ADOLESCENTES E CINCO ADULTOS. O SEXO MAIORITÁRIO FOI O MASCULINO COM 5 PACIENTES. AS ETIOLOGIAS MAIS PREVALENTES COMPREENDEM: CIRROSE HEPÁTICA POR HEPATITE B E C, HEPATITE AUTOIMUNE EM DOIS PACIENTES, DOENÇA POLICÍSTICA HEPÁTICA E CIRROSE ALCOOLICA EM OUTROS DOIS, QUE ESTAVAM ASSOCIADAS A HIPERTENSÃO PORTAL, ASCITE, HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, COLECISTITE AGUDA E OBESIDADE. O MELD MÉDIO FOI DE 23,4, COM VARIAÇÃO DE 19 A 30. O MAIOR TEMPO NA FILA DE TRANSPLANTE FOI DO PRIMEIRO PACIENTE, QUE ESPEROU UM ANO. OS OUTROS ESPERARAM ENTRE 13 DIAS E 5 MESES. NESTE ANO, UM PACIENTE MORREU NA FILA DE ESPERA DO TRANSPLANTE E OUTROS TRÊS MORRERAM NA PREPARAÇÃO PARA CADASTRO NA FILA. FORAM UTILIZADAS AS TÉCNICAS OPERATÓRIAS CONVENCIONAL E DE PIGGYBACK. CINCO PACIENTES FORAM EXTUBADOS EM SALA E ENCAMINHADOS PARA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. AS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS FORAM HIPOTENSÃO COM NECESSIDADE DE DROGAS VASOATIVAS, DERRAME PLEURAL, INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA E SANGRAMENTO. DOIS PACIENTES APRESENTARAM FALÊNCIA AGUDA DE ENXERTO. CINCO DOENTES EVOLUIRAM FAVORAVELMENTE, COM ALTA HOSPITALAR E DOIS MORRERAM DURANTE INTERNAÇÃO. O TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO FOI 15,8 DIAS. NO SEGUIMENTO, UM PACIENTE EVOLUIU COM ESTENOSE DA ANASTOMOSE DE VEIA CAVA E OUTRO COM DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA QUE VEIO A ÓBITO 128 DIAS APÓS O TRANSPLANTE. DISCUSSÃO: A DIFICULDADE DE INSTALAÇÃO DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO É IMENSA, APENAS QUINZE ESTADOS NO BRASIL REALIZAM O PROCEDIMENTO. O INÍCIO DO SERVIÇO EM ALAGOAS SIGNIFICA UM GRANDE AVANÇO NO TRATAMENTO DE DOENÇA HEPÁTICA TERMINAL DOS PACIENTES QUE ANTES PRECISAVAM IR PARA OUTRO ESTADO OU MORRIAM DEVIDO A CIRROSE E SUAS COMPLICAÇÕES. OBSERVA-SE TAMBÉM UMA REDUÇÃO SIGNIFICATIVA DO TEMPO NA FILA DE ESPERA DO TRANSPLANTE. A SOBREVIDA DESSES DOENTES APÓS TRANSPLANTE DEPENDEM DE INÚMEROS FATORES. A GRAVIDADE DA DOENÇA DE ACORDO COM O ESCORE MELD FOI ASSOCIADA COM SOBREVIDA A LONGO PRAZO. EM PARTICULAR, PACIENTES COM MELD>15 SÃO INDICADOS ENTRAR NA LISTA DE TRANSPLANTE DESTE SERVIÇO. APESAR DAS DIFICULDADES, ESSES SETE CASOS SÃO MARCOS NO DESENVOLVIMENTO DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO EM ALAGOAS.

Palavras-chave: TRANSPLANTE HEPÁTICO; CIRROSE HEPÁTICA ; ALAGOAS

ID: 113276

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: Trabalho destaque - exposição de Pôster Impresso

Autores: Lara Godela Delatore / Delatore, L.G. / FAMERP; Amanda Carreão / Carreão, A. / FAMERP; Amanda Mesquita Grangeiro / Grangeiro, A. M. / FAMERP; Laura Ignacio da Cunha / Cunha, L. I. / FAMERP; Anwar Fausto Felix Sabbag / Sabbag, A. F. F. / FAMERP; Bruno Vita Ricci / Ricci, B. V. / FAMERP; Jorge Adas Dib / Dib, J. A. / FAMERP; Sérgio Carvalho / Carvalho, S. / FAMERP;

Título: INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL DE REPETIÇÃO EM PEUTZ JEGHERS, UM DESAFIO PARA EVITAR O INTESTINO CURTO

Introdução: Apesar de amplamente conhecida, a Síndrome de Peutz Jeghers (SPJ) é uma patologia rara com prevalência estimada de 1 em 200000 nascidos sem diferença entre os sexos. É autossômica dominante relacionada a mutação do gene STK11 que codifica a proteína serina-treoninoquinase 11 a qual é facilitadora de apoptose. Caso: GMC, sexo feminino, 22 anos, hígida. Comparece a emergência do Hospital de Base de São José do Rio Preto com forte dor abdominal mesogástrica tipo cólica, de início súbito que a despertou as 3 horas da manhã, associada a náuseas e 2 episódios de vômito. Sem outras queixas. Trinta dias antes apresentou episódio semelhante autolimitado. Procedido a investigação complementar com exames laboratoriais inalterados e com ultrassonografia de abdome. O exame de imagem evidenciou alça intestinal dilatada em mesogástrio e flanco esquerdo com parede espessada (0,5cm) e conteúdo anecoico em seu interior. Havia também líquido livre em pequena quantidade no espaço hepatorrenal. Indicada laparotomia exploradora. No inventário da cavidade havia intussuscepção de alças de intestino delgado com sinais de isquemia a 30 cm do ângulo de Treitz com presença de pólipos esparsos no restante do intestino. Feito enterectomia de 50cm com anastomose látero-lateral primária. No anatomopatológico foram descritas 3 lesões polipoides acastanhadas pediculadas medindo 1,5 cm a 4,0 cm diagnosticada como pólipos de Peutz-Jeghers. Paciente recebeu alta hospitalar no 8º dia de pós operatório, realizando seguimento ambulatorial. No ano seguinte, interna eletivamente para realização de enteroscopia por laparotomia exploradora (opção disponível em 2006). No iventário havia três áreas de intussuscepção intestinal subclínicas (a mais proximal a 160 cm e a mais distal a 70cm do ceco). Feito polipectomia em ceco, retirados 3 pólipos próximos ao Treitz e apendicectomia profilática. Discussão: A SPJ é baseada em quatro aspectos principais que são pólipos hamartomatosos gastrointestinais múltiplos, pigmentação mucocutânea, transmissão autossômica dominante e aumento de risco de neoplasias em diversos órgãos. As pigmentações mucocutâneas estão presentes em mais de 95% dos casos, predominam em lábios e região perioral e extremidadades. Pólipos hamartomatosos podem ocorrer em todo trato gastrointestinal. São geralmente benignos, mas podem crescer progressivamente e gerar sintomas ou sofrer transformação maligna. O número de pólipos varia em número e tamanho. Tais pacientes tem risco aumentado de desenvolver neoplasias gastrointestinais (gástrico, intestino delgado, cólon, pâncreas) e extra-intestinais variando entre 37 e 93%. Os locais mais comuns são cólon, pâncreas e mama nas mulheres. Desse modo, os portadores de SPJ devem ser acompanhados com exame físico anual e exames gerais. Deve ser feita endoscopia digestiva alta e colonoscopia a cada dois a três anos, iniciando ao final da adolescência. O intervalo para acompanhamento é baseado nos resultados.

Palavras-chave: Peutz-Jeghers; Intussuscepção; Pólipo

ID: 112539

Área: URGÊNCIAS NÃO TRAUMÁTICAS

Forma de apresentação: Trabalho destaque - exposição de Pôster Impresso

Autores: Leandro Jaime Barreto Costa / Costa, L. J. B. / Hospital Universitário Clemente Faria; Marcelo Fagundes Rocha / Rocha, M. F. / Hospital Universitário Clemente Faria; Eduardo Junio Dias Cabral / Cabral, E. J. D. / Hospital Universitário Clemente Faria; Vitor Fonseca Bastos / Bastos, V. F. B. / Hospital Universitário Clemente Faria; Francisco Luan Sales Carlos / Carlos, F. L. S. / Hospital Universitário Clemente Faria; Victor Antunes Guimarães / Guimarães, V. A. / Hospital Universitário Clemente Faria;

Título: TRICOBEZOAR GÁSTRICO E PNEUMATOSE CÍSTICA INTESTINAL: UMA RARA ASSOCIAÇÃO

INTRODUÇÃO Tricobezoar gástrico é a presença de corpo estranho constituído por cabelos no interior do estômago, estando mais comumente associado a comportamentos de tricotilomania (impulso de arrancar fios de cabelo) e tricofagia (ingestão de cabelo). Representa uma condição rara, mais presente em jovens do sexo feminino portadoras de transtorno psiquiátrico. A apresentação clínica inicial costuma ser inespecífica, com dor e distensão abdominal, vômitos, hiporexia, emagrecimento e astenia. Mas pode ter diagnóstico tardio com obstrução do trato gastrointestinal e perfuração de víscera oca, com aumento da morbimortalidade. Apresentamos o caso de uma adolescente portadora de transtorno psiquiátrico, que procurou o Pronto Atendimento do Hospital Universitário Clemente Faria com quadro de abdome agudo obstrutivo, submetida à laparotomia exploradora, com achado incidental de pneumatose cística intestinal, doença rara caracterizada por acúmulo de gás na parede do órgão. RELATO DE CASO Trata-se da paciente B.Y.R.A, 14 anos de idade, acompanhada pela mãe, com quadro de dor abdominal, vômitos e eructação com quatro dias de evolução, acompanhadas de massa epigástrica. Tricofagia há 4 anos. Faz uso de fluoxetina e risperidona, devido transtorno de ansiedade e esquizofrenia. Realizada tomografia computadorizada de abdome total, com massa gigante de aspecto enovelado ocupando toda a luz gástrica e bulbo duodenal, além de pneumatose cística em intestino delgado. Indicada laparotomia exploradora, com achado intra-operatório de estômago muito aumentado e paredes íntegras, além de formações císticas na parede do intestino delgado. Realizada gastrostomia com retirada de tricobezoar volumoso, em forma de □J□, odor pútrido. Gastrorrafia e biópsia excisional de algumas lesões císticas do delgado, cujo estudo anatomopatológico mostrou formações de pseudocistos mesoteliais reativos. A paciente apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório, sendo encaminhada para o ambulatório de psiquiatria. DISCUSSÃO A formação de tricobezoar é um evento muito raro, com desenvolvimento estimado em apenas 1% dos pacientes tricofágicos. Origina-se da composição indigerível dos cabelos, com fitas escorregadias emaranhadas nas pregas do estômago, que sobressaem à peristalse, permitindo o aumento volumétrico da massa de cabelos. A depender do tamanho e localização, o tricobezoar pode apresentar sintomatologia obstrutiva total ou parcial. A pneumatose cística intestinal, que é o acúmulo de ar nas camadas subserosa e submucosa, pode encontrar correspondência com obstrução do trato gastrointestinal. Essa teoria, a mecânica, não é a única, já que a bacteriana, a pulmonar e a lesão da mucosa intestinal constituem outras causas. A base do tratamento é a extração cirúrgica ou endoscópica do tricobezoar (a primeira para conglomerados volumosos e a segunda, menores) e prevenção de sua recorrência, com devido seguimento psiquiátrico.

Palavras-chave: Tricobezoar; pneumatose cística; laparotomia

ID: 113417

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: Trabalho destaque - exposição de Pôster Impresso

Autores: Lucas Moreira Leite Leal / Leal, LML / Liga acadêmica de urologia (LAUR); Anna Vitória Carvalho de Andrade / Andrade, AVC / Liga acadêmica de urologia (LAUR); Pedro Magno Baptista / Baptista, PM / Liga acadêmica de urologia (LAUR); José Guilherme Reis de Oliveira / Reis-Oliveira, JG / Liga acadêmica de urologia (LAUR); Bruno Fucs Machado de Barros / Fucs, BMB / Liga acadêmica de urologia (LAUR); Ian Rodrigues Mascarenhas Macedo / Mascarenhas, I / Liga acadêmica de urologia (LAUR); Rafael R Tourinho-barbosa / Tourinho-Barbosa, RR / Hospital Cardiopulmonar; Lucas Teixeira Batista / Batista, LT / Hospital Cardiopulmonar;

Título: AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA INICIAL DE ENUCLEAÇÃO DA PRÓSTATA COM HÓLMIUM LASER

Introdução: Cerca de 30% da população com hiperplasia prostática benigna (HPB), será submetida a intervenção cirúrgica, sendo um procedimento que apresenta o risco de possíveis complicações. Portanto, algumas alternativas minimamente invasivas têm sido estudadas e desenvolvidas para melhores resultados no tratamento da HPB. Dentre elas, uma técnica que tem se mostrado bastante eficiente é a Enucleação da Próstata com Hólmio Laser (HoLEP), indicada principalmente para próstatas acima de 80g, que estão sujeitas a complicações quando se opta por técnicas endoscópicas. O hólmio é um laser pulsátil de estado sólido com um comprimento de onda de 2.140nm que absorvido pela água do tecido, causando uma vaporização rápida e eficiente, o que garante alto poder de cauterização. Apesar dos excelentes resultados, é uma técnica que apresenta curva de aprendizagem difícil. Objetivo: Avaliar a experiência inicial da enucleação da próstata com Holmium Laser. Metodologia: Trata-se de uma coorte prospectiva para a avaliação dos resultados nos primeiros casos de tratamento com o HoLEP no Hospital Cárdio Pulmonar com uma amostragem por conveniência dos pacientes que cumpriram os devidos critérios:Pacientes sintomáticos com indicações clínicas para tratamento com a técnica HoLEP; pacientes com Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS) moderado ou grave, volume prostático acima de 60g. Os critérios de exclusão foram: câncer de próstata, cirurgia previa de colo da bexiga, cirurgia uretral ou prostática prévias. Os instrumentos de coleta de dados foram: formulário dos dados pessoais, questionário IPSS, dados do prontuário e roteiro do procedimento. Dessa forma foram avaliados qualitativa e quantitativamente. Foi feita análise descritiva das variáveis e comparando o IPSS pré e pós o procedimento através do coeficiente de correlação de Spearman. Resultados: A população estudada teve mediana de idade de 67(IIQ 64 -74) anos, IMC médio de 27 (DP: 7) kg/m², o tempo de cirurgia mediano foi de 180 (IIQ142 – 200) minutos, o tempo de morcelamento mediano foi de 12 (IIQ 6,75 – 20) minutos, a energia mediana foi de 201450 (IIQ 141101 – 236641) joules, o tempo de internação médio de 1 (DP: 0,4) dia, o tempo de sonda médio de 1 (DP: 3) dia, o IPSS-pré teve mediana de 23 (IIQ 16 – 27) pontos, o IPSS após 2 meses teve mediana de 4 (IIQ 4 – 9) pontos, o urofluxo-pré teve mediana de 9 (IIQ 7 – 14) ml/seg, o urofluxo após 2 meses teve mediana de 29 (IIQ 17 – 45) ml/seg. O valor de correlação de Spearman comparando o IPSS pré e pós o procedimento foi 0,384 e o p = 0,195. A curva de aprendizado é segura, factível. Atinge bons resultados, com uma boa taxa de sucesso na melhora do IPSS do paciente e urofluxometria.

Palavras-chave: HOLEP; HPB; PRÓSTATA

ID: 113367

Área: CIRURGIA DA OBESIDADE

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Pedro Henrique Oliveira de Amorim / Amorim, O, P / Hospital São Luíz itaim ; Carlos Eduardo Domene / Domene , E,, C / Hospital São Luíz Itaim; Paula Volpe / Volpe,Paula / Hospital São Luíz itaim; André Santana / Santana, A / Hospital São Luíz Itaim; William Giglio / Giglio,W / Hospital São Luíz itaim; Adriana Meiglice / Meiglice ,A / Hospital São Luíz itaim;

Título: GASTROPLASTIA BYPASS EM Y DE ROUX ROBOTICA VERSIUS

VIDEO : GASTROPLASTIA VIA ROBOTICA VERSIUS OBJETIVO Compartilhar com colegas cirurgiões a realização Gastroplastia Bypass em Y de Roux via robótica com nova plataforma Versius , relatar forma de acesso , posicionamento de bracos robóticos , tempos cirúrgicos e desafios durante realização do procedimento e viabilidade do emprego da nova plataforma na realização de intervenção de maior complexidade cirúrgica. METODO Video gravado durante execução de Gastroplastia Bypass em Y de Roux Realizacao de procedimento com sucesso apesar de limitações e dificuldades devido a nova tecnologia e adequação de portais e da equipe a mesma ainda que mediante treinamento exaustivo e grande experiencia com outra plataforma robótica disponível no mercado. CONCLUSOES Necessario maior conhecimento, aprendizagem e pratica por todos os cirurgiões e equipes que se dispõe a empregar a nova tecnologia em prol de seus pacientes , exigindo não apenas treinamento por parte da empresa desenvolvedora do produto,, mas raciocínio cirúrgico em que se faz necessário a conjugação de conhecimento cirúrgico videolaparoscopico e robótico .

Palavras-chave: Versius; Obesidade; Robotica

ID: 113429

Área: COLOPROCTOLOGIA

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Andre Ibrahim David / Andre Ibrahim David / Hospital Samaritano de São Paulo; Tiago Emanuel de Souza / De Souza, T.E. / Hospital Samaritano São Paulo; Felipe Sbrolini Borges / Borges, F.S. / Hospital Samaritano São Paulo; Vanessa Suemi Takenaka / Takenaka, V.S. / Hospital Samaritano São Paulo; Fabricio Ferreira Coelho / Coelho, F.F. / HC-FMUSP; Marcelo Callado Fantauzzi / Fantauzzi, M.C / ;

Título: COLECTOMIA DIREITA ROBOTICA POR NEOPLASIA MUCINOSA DO APENDICE - RELATO DE CASO

Paciente feminina de 30 anos, com histórico de cisto de ovário a direita há 3 meses. Evoluindo com desconforto abdominal progressivo com piora há 2 dias, com dor em fossa iliaca direita sem febre ou vômitos. Tomografia de abdome evidenciou apêndice cecal de 8cm, com paredes espessadas e dilatação de 1cm com aspecto de preenchimento por muco. Paciente foi submetida a cirurgia de apendicectomia por videolaparoscopia. O achado intra-operatório foi coincidente com a tomografia, porém a base do apêndice junto ao ceco, mostrava infiltração inflamatória ou neoplasica. Grampeamento da base com bom aspecto final, apesar do infiltrado na base cecal. Apresentou boa evolução e teve alta após dois dias com dieta pastosa. Anatomopatológico mostrou neoplasia mucinosa do apêndice cecal de baixo grau, medindo 7,5cm, com a margem da ressecção proximal comprometida com a neoplasia mucinosa de baixo grau.Estadiamento anatomopatológico (AJCC) pTis (LAMN). Após 21 dias da primeira cirurgia foi realizada a colectomia direita robótica sem intercorrências. A paciente apresentou uma boa evolução com retirada do dreno no quinto dia e alta hospitalar. A baixa frequência desta doença, a técnica oncológica e a nova plataforma de cirurgia com auxilio robótica justificam a apresentação deste caso/vídeo.

Palavras-chave: neoplasia mucinosa; cirurgia robotica; colectomia direita

ID: 112622

Área: ESÔFAGO

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Flávio Roberto Takeda / Takeda, FR / HCFMUSP; Karolyne Ernesto Luíz Lopes Nobre / Nobre, KELLN / Hospital Universitário Alcides Carneiro; Josean Victor Lopes Higino Nobre / Nobre, JVLH / Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande; Renan Rosetti Muniz / Muniz, RR / FMUSP; José Donizete de Meira Junior / Júnior, JDM / FMUSP; Rubens Antônio Aissar Sallum / Sallum, RAA / FMUSP; Ivan Cecconello / Cecconello, I / FMUSP; Luíz Augusto Carneiro D□albuquerque / D□Albuquerque, LAC / FMUSP;

Título: LEIOMIOMA ESOFÁGICO NA SÍNDROME DE ALPORT TRATADO COM MIOTOMIA DISTAL ROBÓTICA: EVITANDO A ESOFAGECTOMIA?

INTRODUÇÃO: A síndrome de Alport foi descrita pela primeira vez em 1927 por Cecil Alport. Clinicamente manifesta-se através de hematúria dismórfica associada ou não com síndrome nefrótica, insuficiência renal e deficiências visual e auditiva, com possibilidade de tumores benignos musculares. Leiomioma é a neoplasia benigna mais comum do esôfago, porém raro na infância e persistem controvérsias sobre a melhor opção de tratamento cirúrgico. Relatamos o caso de uma paciente de 8 anos de idade diagnosticada com Síndrome de Alport associada à leiomioma esofágico. RELATO DE CASO: Paciente de 8 anos de idade previamente diagnosticada com doença do refluxo gastroesofágico com 3 episódios de pneumonia broncoaspirativa. Durante a infância, apresentava dor retroesternal e disfagia, agravadas em intensidade nos últimos 2 anos durante alimentação. Submetida a extensa investigação diagnóstica e, com hipótese de acalásia, foi proposta miotomia endoscópica (POEM). Durante o procedimento, foi observada massa no esôfago distal cuja biópsia realizada demonstrou leiomioma esofágico. Diante da forte associação deste tumor com síndrome de Alport e considerando a hematúria prévia, avaliação genética foi requisitada, confirmando o diagnóstico. A paciente não apresentava alterações otooftalmológicas e começou seguimento com nefrologista devido à hematúria e proteinúria de longa data, que não haviam sido associadas a esta síndrome. Foi indicada cirurgia robótica com a possibilidade de esofagectomia, porém foi possível realizar ressecção parcial do leiomioma (miotomia anterior), com melhora significativa no esvaziamento esofágico de líquidos e sólidos no pós-operatório, com alta hospitalar após 5 dias. DISCUSSÃO: A síndrome de Alport tem manifestações clínicas variáveis, relacionadas a alterações na produção de colágeno tipo IV e sua função na membrana basal de vários órgãos. Elas variam de hematúria oligosintomática, comum no sexo feminino, até insuficiência renal em estágio terminal, comum no sexo masculino, devido à prevalência da herança ligada ao X. Os leiomiomas são encontrados em 2 a 5 % dos pacientes com síndrome de Alport, sendo o leiomioma esofágico um achado normalmente incidental, visto que pode estar presente em pacientes assintomáticos, suspeitando-se de sua presença em pacientes com sintomas de disfagia, pela associação comum. A escolha do tratamento cirúrgico é baseada no tamanho do tumor, sintomatologia e crescimento ao longo do tempo. Lesões grandes podem requerer cirurgias mais mórbidas, como a esofagectomia. O caso em questão foi diagnosticado devido às manifestações graves originadas pelo leiomioma esofágico em paciente com características epidemiológicas atípicas, como a idade e o sexo. A estratégia cirúrgica conservadora foi escolhida devido à idade da paciente e o resultado cirúrgico foi satisfatório, podendo ser sugerido em casos semelhantes, para melhorar a qualidade de vida, num contexto de um procedimento cirúrgico com menor morbimortalidade.

Palavras-chave: Síndrome de Alport; Leiomioma esofágico; Esofagectomia

ID: 113598

Área: HÉRNIAS E PAREDE ABDOMINAL

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Jones Pessoa dos Santos Junior / Santos Jr, J. P. / HCFMUSP; Kerly Casimiro da Silveira / Silveira, K. C. / HCFMUSP; Sérgio Henrique Bastos Damous / Damous, S. H. B. / HCFMUSP;

Título: A HÉRNIA DA SENHORA PEQUENA E IDOSA HÉRNIA OBTURATÓRIA ENCARCERADA

Introdução: A hérnia obturatória é uma hérnia de parede abdominal rara, representando cerca de 1% do total. A suspeita clínica é fundamental para o diagnóstico já que os achados de exame físico geralmente são frustros. O sinal de Howship-rhomberg, considerado típico desta condição e caracterizado por dor na parte medial da coxa até o joelho durante flexão a adução da coxa, está presente em apenas 15-20% dos pacientes com este tipo de hérnia. O diagnóstico correto é essencial para a instituição do tratamento que é exclusivamente cirúrgico. A via de acesso utilizada para correção deste tipo de defeito pode ser laparotômica ou laparoscópica. Neste vídeo demonstramos a redução e correção laparoscópica por via transabdominal pré-peritoneal do defeito herniário femoral e obturatório em uma paciente admitida com quadro de obstrução intestinal no pronto-socorro. Relato de caso Paciente do sexo feminino, 87 anos, com IMC de 17,08 Kg/m2, apresentando-se com quadro de dor abdominal há 03 dias, associada a náuseas, vômitos e parada de evacuação. Apresentando como comorbidades demência senil e hérnia de hiato. Não possuía cirurgias prévias. Submetida a tomografia de abdome e pelve com achado de hérnia obturatória à esquerda com insinuação de segmento de alça jejunal, associada a dilatação líquido-gasosa à montante, com calibre de até 3,5 cm, sugerindo quadro de oclusão/suboclusão intestinal. Demais alças intestinais normodistendidas. Paciente submetida a laparoscopia exploradora com achado de herniação de alça ileal através de defeito herniário obturatório esquerdo. Identificada também hérnia femoral esquerda. Realizada redução do conteúdo herniado e sem sofrimento vascular, seguida de abertura de flap peritoneal e colocação de tela pré-peritoneal ampla recobrindo os defeitos femoral e obturatório. Paciente recebe alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório. Discussão A necessidade do alto índice de suspeita clínica é essencial para realizar o diagnóstico precoce das hérnias obturatórias. Embora sejam consideradas raras, atingem taxas de mortalidade que podem chegar até a 70% em algumas séries, por este motivo, quando houve a menor suspeita clínica um exame de imagem deverá ser realizado, normalmente uma tomografia de abdome e pelve. Os achados anatômicos são precisos e quando confirmam o diagnóstico são indicativos de tratamento cirúrgico de urgência. Tanto a via laparotômica quanto a via laparoscópica podem ser utilizado, com a laparoscopia podendo trazer resultados como retorno precoce ao trabalho e menor trauma cirúrgico. Referências: Chitrambalam TG, Christopher PJ, Sundaraj J, Selvamuthukumaran S. Diagnostic difficulties in obturator hernia: a rare case presentation and review of literature. BMJ Case Rep. 2020;13(9):e235644. Published 2020 Sep 15. Mnari W, Hmida B, Maatouk M, Zrig A, Golli M. Strangulated obturator hernia: a case report with literature review. Pan Afr Med J. 2019;32:144. Published 2019 Mar 26.

Palavras-chave: hérnia; obturatória; tapp

ID: 112674

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Débora Faciochi Cassol / Cassol, D. F. / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Sérgio Dias Do Couto Netto / Couto Netto, S. D. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Karine de Souza / Souza, K. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Tibério Moura de Andrade Lima / Lima, T. M. A. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Frederico Jose Ribeiro Teixeira Jr. / Teixeira, F. J. R. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Fabio de Oliveira Ferreira / Ferreira, F. O. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Sérgio Damous / Damous, S. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Edivaldo Massazo Utiyama / Utyiama, E. M. / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo;

Título: HEMANGIOMATOSE ESPLÊNICA DIFUSA E MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA

Introdução: A despeito de o hemangioma ser o principal tumor benigno do baço, sua incidência é mínima, sendo ainda mais incomum a hemangiomatose esplênica difusa. No presente caso, relatamos a ocorrência de rara manifestação sincrônica de uma hemangiomatose esplênica difusa num paciente com malformação arteriovenosa congênita extensa, o que, associado à abordagem laparoscópica de um baço pesando 1,360kg, configura um importante relato à literatura atual. Relato de caso: Apresentamos um caso de um paciente do sexo masculino de 30 anos de idade, que desde a infância trata uma malformação arteriovenosa de grande extensão na região do tórax e coluna lombar, acometendo desde o plano muscular até o espinhal. Em nosso serviço, refere dor abdominal de intensidade leve a moderada há meses. No exame físico, identificamos um baço palpável a 5cm do rebordo costal esquerdo, além de cicatrizes decorrentes das abordagens cirúrgicas prévias. Foi realizada Tomografia Computadorizada (TC) de Tórax, que demonstrou alterações subcutâneas no tórax anterior, além de TC de Abdome, que evidenciou esplenomegalia e presença de lesões hipoatenuantes com realce homogêneo em fase venosa pós-contraste. Após discussão, consideramos esplenectomia laparoscópica como tratamento, a despeito do tamanho do baço. A peça cirúrgica continha múltiplos hemangiomas, tendo pesado 1,360kg. O anatomopatológico da peça confirmou hemangiomatose esplênica difusa, com presença de cicatrizes fibrosas. No pós-operatório, paciente apresentou tromboembolismo pulmonar, sendo indicada anticoagulação com enoxaparina. Recebeu alta no sétimo dia pós-operatório, sem mais intercorrências. Discussão: Os hemangiomas são uma proliferação de estruturas vasculares revestidas por uma única camada de endotélio. No baço, afetam a polpa vermelha, sendo os tumores benginos primários mais comuns do órgão. Apesar disso, sua incidência é baixa, variando de 0,03 a 14%. Relatamos um caso raro em que houve a ocorrência sincrônica de hemangiomatose esplênica difusa e de malformação arteriovenosa congênita de grande extensão. Os achados na TC de Abdome são lesões hipo ou isoatenuantes e bem definidas, que apresentam um realce ávido e homogêneo em fase pós-contraste, o que contribui com o diagnóstico. Apesar dos hemangiomas serem assintomáticos e achados incidentais na maioria dos casos vistos em literatura, este paciente se apresentava com dor abdominal crônica devido ao acometimento difuso e aumento do órgão. Diante disso e dos riscos de uma biopsia percutânea do baço, a esplenectomia foi escolhida como forma de tratamento e caracterização definitiva da lesão. A abordagem minimamente invasiva, por via laparoscópica, apesar de desafiadora, tendo em vista a extensão do baço, permitiu a retirada do órgão com menor morbidade pós-operatória, garantindo uma melhor funcionalidade e qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chave: Hemangiomatose; Esplenectomia; Laparoscopia

ID: 113608

Área: MISCELÂNEA

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Jones Pessoa dos Santos Junior / Santos Jr, J. P. / HCFMUSP; Kerly Casimiro da Silveira / Silveira, K. C. / HCFMUSP; Sérgio Henrique Bastos Damous / Damous, S. H. B. / HCFMUSP;

Título: SITUS INVERSUS TOTALIS ATENÇÃO NA HORA DO DIAGNÓSTICO!

Introdução A apendicite aguda é uma das principais causas de dor abdominal que faz com que os pacientes procurem o pronto-socorro. A localização mais comum é de dor em fossa ilíaca direita, por outro lado, dor em fossa ilíaca esquerda (FIE) é incomum em quadros de apendicite. Entretanto, condições raras como situs inversus totalis, com incidência de 1 para 10000-50000 pessoas, e vícios de rotação intestinal podem fazer com que o apêndice mude de localização e sejam encontrados na FIE. Uma suspeita clínica de acordo com a história coletado e o auxílio de exames de imagem são essenciais para o diagnóstico e tratamento adequado. Relato de caso Paciente do sexo feminino, 19 anos, há 02 dias com dor epigástrica que migrou para fossa ilíaca esquerda (FIE), associada a náuseas, vômitos e astenia. Sem antecedentes patológicos ou cirúrgicos. Laboratorialmente com leucocitose e aumento de PCR. Realizou uma tomografia de abdome e pelve com achado de situs inversus totalis e sinais sugestivos de apendicite aguda complicada em FIE com coleções intracavitárias grandes em pelve. Paciente submetida a laparoscopia exploradora com apendicectomia laparoscópica utilizando posições de trocartes incomuns (10 mm em umbigo, 5 mm em posição suprapúbica e 5 mm em FID) com set de vídeo à esquerda da paciente garantindo a triangulação adequada para cirurgia. Realizada limpeza exaustiva da cavidade e grampeamento da base do apêndice. Paciente recebeu alta no 5º pós-operatório sem intercorrências. Discussão Apesar de apresentações típicas alguns casos de apendicite são bastante incomuns. A presença de uma condição rara como o situs inversus totalis dificulta bastante o diagnóstico correto imediato pois leva o médico a mudar seu raciocínio clínico. O estudo e planejamento cirúrgico prévio com exames de imagem, principalmente a tomografia computadorizada, é importantíssimo para otimizar o resultado terapêutico já que em abordagens minimamente invasivas é preciso escolher os locais adequados para acesso e triangulação. Portanto, alertar para investigação exaustivas em casos estranhos e que possam parecer incoerentes em um primeiro momento. Referências: - Pipal DK, Pipal VR, Yadav S. Acute Appendicitis in Situs Inversus Totalis: A Case Report. Cureus. 2022;14(3):e22947. Published 2022 Mar 8. doi:10.7759/cureus.22947 - Di Buono, Giuseppe et al. Acute appendicitis in a patient with situs viscerum inversus totalis: Role of laparoscopic approach. A case report and brief literature review. International journal of surgery case reports vol. 77S,Suppl (2020): S29-S33. doi:10.1016/j.ijscr.2020.10.047

Palavras-chave: situs inversus totalis; apendicite; laparoscopia

ID: 113596

Área: PÂNCREAS

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Francisco Loes / LOES, F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Mauricio Jacques Ramos / RAMOS, M. J. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Fernanda Coutinho Kubaski / KUBASKI, F. C. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Mauricio Guagnini Boldo / BOLDO, M. G / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Bruna Araujo / ARAUJO, B. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC;

Título: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA TRANSGÁSTRICA DE NECROSE PANCREÁTICA: UMA ALTERNATIVA AOS MÉTODOS ENDOSCÓPICOS?

INTRODUÇÃO Diversas novas abordagens têm sido propostas para coleções pancreáticas. Pela classificação revisada de Atlanta[1] coleções após 4 semanas organizam-se em pseudocisto ou WON (walled-off necrosis). Atualmente abordagens minimamente invasivas ganham espaço como adjuvantes, e até mesmo substitutas dos procedimentos endoscópicos[2]. RELATO DE CASO Feminina, 58 anos, hipertensa, sem cirurgias prévias. Cólica biliar de repetição, aguardava procedimento eletivo. Interna por dor abdominal e diagnóstico de pancreatite aguda de etiologia biliar. Dia da internação Amilase de 2333 e Lipase 6457, Leucograma com 14730 sem presença de células jovens, Fosfatase Alcalina de 138, Bilirrubinas Totais de 1,2 TGO de 164, TGP de 166; PCR 5 (VR < 5) para > 200 nas primeiras 48 horas. USG evidenciando litíase biliar. 5 dias após internação teve disfunção ventilatória e piora da dor abdominal. Realizou tomografia de abdome e tórax: Pancreatite Biliar Grave Necrotizante com coleções de até 7cm. Necrose de até 50% do volume total do pâncreas. Durante internação evoluiu com COVID (18º dia de internação) . Paciente recebeu alta com plano de internação para colecistectomia, retornou antes por queixas pós prandiais (3 semanas após internação), repetida RNM: área de necrose pancreática, coleção organizada 8,0 x 4,4cm, compatível com área de necrose compartimentalizada. Realizada colecistectomia videolaparoscópica 4 semanas após sem intercorrências, no transoperatório observado frouxas aderências entre coleções e parede posterior do estômago. 6 meses após procedimento retorna por febre e dor abdominal, TC abdome coleção líquida de paredes espessadas e optado por antibioticoterapia e videolaparoscopia com abordagem transgástrica e anastomose manual de parede necrótica já maturada com parede gástrica posterior. Boa evolução pós operatório, em acompanhamento ambulatorial sem recorrência de episódios infecciosos ou dor abdominal. Descartadas outras etiologias para pancreatite. Veia esplênica trombosada com shunt para V. mesentérica superior em TC sem plaquetopenia ou esplenomegalia, sem diabetes. DISCUSSÃO Apresentamos caso de pancreatite aguda necrotizante com evolução para WON, durante colecistectomia observado impossibilidade de anastomose por não maturação completa e abaulamento da parede gástrica posterior. Meses após foi possível realizar incisão transgástrica laparoscópica e anastomose. Procedimento laparoscópico é alternativa aos métodos endoscópicos em pacientes selecionados, sendo factível realização de anastomose manual na ausência de grampeador endoscópico. (ACOMPANHA VÍDEO DO TRANSOPERATÓRIO). Preferencialmente deve respeitar tempo de maturação da coleção além da criação de fenestra gástrica de pelo menos 2-3cm tanto para procedimento cirúrgico quanto endoscópico. 1.Banks, Peter A et al. :2.Worhunsky, David J et al. 3..Xiao, Nian-Jun et al.

Palavras-chave: walled-off necrosis; LAPAROSCOPIC; transgastric necrosectomy

ID: 113465

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: José Guilherme Reis de Oliveira / Reis-Oliveira, J.G. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Ian Rodrigues Mascarenhas Macedo / Mascarenhas, I. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Leonardo Batista Dourado / Dourado, L. B. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Marcos Vinicius de Souza Sales / Sales, M.V.S. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Gustavo Cavalcante Procópio / Procópio, G.C. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Dan Perdiz Fucs Machado / Fucs, D. P. M. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Rafael R. Tourinho-barbosa / Tourinho-Barbosa, R.R. / Hospital Cardiopulmonar; Lucas Teixeira Batista / Batista, L.T. / Hospital Cardiopulmonar;

Título: ABORDAGEM LAPAROSCÓPICA NO MANEJO DA DOENÇA RENAL INFLAMATÓRIA

Introdução: A Doença Renal Inflamatória (DRI) representa um grupo de condições cuja evolução clínica pode levar à dor, infecções recorrentes do trato urinário e hipertensão renovascular, requerendo abordagem cirúrgica. Apesar das dificuldades técnicas impostas pela adesão a órgãos adjacentes e presença de extenso tecido fibrótico, a abordagem laparoscópica associada à seleção adequada de pacientes pode trazer resultados satisfatórios no tratamento de pacientes com DRI. O objetivo deste vídeo é apresentar uma padronização na técnica da abordagem laparoscópica da DRI, a fim de reduzir as taxas de conversão cirúrgica e a possibilidade de lesar estruturas adjacentes. Relato de caso: Incialmente, após progredir-se na cavidade abdominal, pode-se observar o rim com caráter inflamatório aderido ao fígado. Com isso, é necessária a identificação de algumas estruturas para possibilitar uma nefrectomia sem lesar estruturas nobres, como a veia gonadal e a veia cava inferior. Assim, é possível realizar a exploração do pedículo renal, identificar a veia renal e isolar a artéria renal, a fim de seccioná-la. Após a secção da artéria, isola-se a veia renal, que também é clampeada e seccionada. Em seguida, há secção do ureter. Ao longo da abordagem cirúrgica, é observada a presença de tecido fibrótico e adesão do rim inflamado ao músculo psoas. Nessa etapa da cirurgia, procura-se liberar os polos renais, observando grande presença de fluxo de secreção purulenta. Com a anatomia distorcida devido à inflamação, as margens renais são constantemente redefinidas para dissecção e identifica-se a presença de gordura infiltrada. A região retroperitoneal é dissecada, observando-se a constante presença de secreção purulenta e tecido fibrótico. A presença de uma extensa inflamação exige uma zona de dissecção ampla, além da fáscia de Gerota. Por fim, observa-se a dificuldade de Discussão: A DRI é uma doença prevalente, com difícil manejo, sendo necessária a abordagem cirúrgica em alguns casos. A presença de extensa inflamação tecido fibrótico e adesão a outras estruturas dificulta essa abordagem, sendo optada pela cirurgia aberta em muitos casos. A técnica laparoscópica é um tratamento de elevada complexidade e difícil aprendizado, porém viável para o tratamento da DRI. Devido à sua alta dificuldade a taxa de conversão da abordagem laparoscópica para a aberta é de 20 a 30%. Assim, é necessário haver uma padronização da técnica cirúrgica para aprendizado, reduzindo assim a dificuldade do procedimento, a taxa de conversão das cirurgias e a possibilidade de lesar estruturas adjacentes, contribuindo para o desfecho do paciente. Com isso, apesar do alto grau de complexidade, a abordagem laparoscópica é um tratamento minimamente invasivo factível para DRI.

Palavras-chave: Rim inflamatório; Nefrectomia; Cirurgia Minimamente Invasiva

ID: 113394

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Lucas Moreira Leite Leal / Leal, LML / LAUR; Júlia Juncal Piñeiro Amorin / Júlia Juncal Amorin / LAUR; João Gabriel Correia Torres / João Gabriel Torres / LAUR; José Guilherme Reis de Oliveira / Reis-Oliveira, JG / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Ian Rodrigues Mascarenhas Macedo / Mascarenhas, I / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Ana Flávia Barbosa de Castro / Castro, AFB / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Lucas Texeira Batista / Batista, LT / Hospital Cardiopulmonar (HCP); Rafael R Tourinho-barbosa / Tourinho-Barbosa, RR / Hospital Cardiopulmonar (HCP);

Título: CORREÇÃO DE FÍSTULA VESICO-VAGINAL COM REIMPLANTE URETERAL POR VIA LAPAROSCÓPICA: UMA DESCRIÇÃO TÉCNICA

INTRODUÇÃO: A fístula vesicovaginal é uma comunicação anormal entre a bexiga e a vagina, causando uma perda contínua de urina através do canal vaginal. As fistulas vesicovaginais e as lesões ureterais distais são resultados principalmente, de lesões obstétricas e iatrogênicas decorrentes de cirurgias ginecológicas e em geral não são encontradas associadas. A cirurgia reconstrutiva pode ser feita por via aberta, vaginal ou minimamente invasiva. A abordagem vaginal, sempre que possível, deve ser escolhida, afinal essa associa-se à alta hospitalar mais precoce e morbidade menor quando comparada à via abdominal. Contudo em fístulas mais complexas é preferível a escolha da via abdominal. Tal procedimento consiste na individualização e exposição ampla da mucosa vaginal ao redor da fístula, uma hemostasia rigorosa e aproximação dos tecidos com sutura continua sem provocar isquemia, utilizando fios absorvíveis. OBJETIVO: Apresentar vídeo com descrição de técnica de correção de fístula vesico-vaginal associada a reimplante ureteral por via laparoscópica. MÉTODOS: Demonstração técnica através de vídeo sobre a técnica de correção de fistula vesico-vaginal por via laparoscópica. RESULTADOS: A cirurgia teve duração de 170 minutos, com perda de 150ml de sangue. Passo 1: Abordagem por cistoscopia com identificação da fístula supra trigonal. Passo 2: Dissecção e exposição da fístula, secção ureteral direita e espatulação. Identificado fio guia em fístula vesico-vaginal. Passo 3: Exposição da fístula e dissecção de mucosa vesico-vaginal, separação dos planos vesico-vaginais. Passo 4: Rafia de bexiga em dois planos Passo 5: Rafia da cúpula vaginal Passo 6: Interposição de aumento entre a sutura vesical e vaginal Passo 7: Fixação da bexiga no músculo iliopsoas Passo 8: Reimplante ureteral extra vesical com suturas contínuas sobre cateter de duplo J. O duplo J foi mantido por 4 semanas e a sonda vesical de demora por 3 semanas. A paciente evoluiu sem complicações intra e pós- operatórias, com resolução e controle do quadro de incontinência. CONCLUSÃO: Embora as lesões iatrogênicas possam se apresentar de maneiras diversas, a padronização técnica das cirurgias reconstrutivas é fundamental para tornar os procedimentos reprodutíveis. Mesmo cirurgias de alta complexidade podem ser realizadas por via minimamente invasiva se a técnica cirúrgica for sistematizada.

Palavras-chave: Fístula; Reimplante ; Laparoscopia

ID: 113393

Área: UROLOGIA

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Luíza Fonsêca Morais Soares / Soares, L.F.M. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Gustavo Cavalcante Procópio / Procópio, G. C. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Matheus Franco Quadros Côrtes / Côrtes, M.F.Q. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Ana Flávia Barbosa de Castro / Castro, AFB. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); José Guilherme Reis de Oliveira / Reis-Oliveira, J.G. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Camila de Almeida Costa Alencar / Alencar, C.A.C. / Liga Acadêmica de Urologia (LAUR); Rafael R Tourinho-barbosa / Tourinho-Barbosa, RR. / Hospital Cardiopulmonar (HCP); Lucas Teixeira Batista / Batista, LT. / Hospital Cardiopulmonar (HCP);

Título: TRATAMENTO DE ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE POR NEFRECTOMIA PARCIAL ROBÓTICA

INTRODUÇÃO: A nefrectomia parcial robótica consiste em uma cirurgia minimamente invasiva, poupadora de néfrons, que tem como finalidade preservar a função real. Apesar do angiomiolipoma ser um tumor benigno, existe uma indicação cirúrgica quando o mesmo atinge tamanho maior ou igual a 4 centímetros. Nesse caso clínico, é apresentado um tumor de grande proporção, atingindo 11 centímetros, o qual poderia inviabilizar a cirurgia minimamente invasiva. OBJETIVO: Descrever e mostrar a viabilidade da técnica da nefrectomia parcial robótica para tratamento de angiomiolipoma gigante. MÉTODOS: Foi realizada uma cirurgia de nefrectomia parcial no rim esquerdo para retirada de um angiomiolipoma de 11 centímetros assistida por robô. O procedimento foi realizado com a plataforma robótica Da Vinci® Si em um hospital de referência em Salvador. RESULTADOS: Após início da cirurgia, o angiomiolipoma foi dissecado e devido à sua grande dimensão, ocorreu uma dificuldade de visualizar a sua porção em contato com o parênquima renal, pois a maior porção do tumor era pediculado. Devido a esses fatores e a elevada vascularização do tumor, a manipulação dessas lesões apresenta um maior risco de sangramento abundante. Diante disso, foi feita a abordagem do pedículo renal, com clampeamento da artéria e da veia renal com a utilização do Buldogue, cujo objetivo foi interromper o sangramento. Feito isso, a cirurgia prosseguiu com sucesso, permitindo a ressecção completa do tumor renal. A Nefrectomia parcial apresentou um resultado satisfatório, com tempo cirúrgico de aproximadamente 150 minutos e sangramento de cerca de 1000mL. Resultou em margens cirúrgicas livres e sem ocorrência de complicações, com alta do paciente no dia subsequente. CONCLUSÕES: Apesar de ser indicada para lesões renais de até 7 centímetros, o uso da técnica de nefrectomia parcial para angiomiolipomas gigantes se mostrou uma alternativa segura e viável com a assistência da plataforma robótica. Isto posto, o tratamento de tumores renais grandes por cirurgia robótica minimamente invasiva é factível, viável e seguro. Por preservar tecido glomerular saudável, deve ser cada vez mais utilizada como alternativa à técnica da nefrectomia total.

Palavras-chave: Nefrectomia; Robótica; Angiomiolipoma

ID: 113420

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Francisco Loes / LOES, F. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Mauricio Jacques Ramos / RAMOS, M. J / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Fernanda Coutinho Kubaski / KUBASKI, F. C. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC; Leonardo Miguel Moraes David / DAVID, L. M. M. / Hospital Nossa Senhora da Conceição - GHC;

Título: COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM VESÍCULA BILIAR DUPLICADA

INTRODUÇÃO Colecistectomia laparoscópica é procedimento comum e amplamente realizado no mundo. O reconhecimento da anatomia da via biliar é passo fundamental para evitar lesões iatrogênicas. O reconhecimento de variações anatômicas é importante e pode ser identificado no transoperatório respeitando etapas da visão crítica de segurança (VCS) proposto por Strasberg[1]. Apresentamos vídeo (gravação do procedimento) de colecistectomia por laparoscopia com realização de VCS e identificação de vesícula biliar e ductos císticos em duplicidade, bem como, breve revisão de literatura. RELATO DE CASO Paciente 36 anos, sexo feminino, previamente hígida, procura emergência devido a dor abdominal recorrente de curta duração em hipocôndrio direito. Ao exame apresenta dor à palpação de hipocôndrio direito e sinal de Murphy negativo, sem história prévia de pancreatite ou icterícia, sem cirurgias abdominais prévias. Tomografia computadorizada contrastada: vesícula biliar distendida, com possível septação e/ou duplicação, com pequeno espessamento parietal difuso. Pequenas áreas de infiltração da gordura perivesicular. Mínima dilatação de ductos biliares intra-hepáticos. Hepatocolédoco de calibre usual. Laboratoriais iniciais: leucograma 12900, 7% bastões, PCR 35 (VR <5), TGO 201, TGP 212, fosfatase alcalina 131, gama GT 130, bilirrubina total 1,44 (direta 1,10). Por alterações laboratoriais, para exclusão de coledocolitíase e avaliação de variação anatômica realizada colangiorressonância, com o achado de duplicidade da vesícula biliar, com presença de dois ductos císticos, drenando individualmente no hepatocolédoco. Realizada Colecistectomia com ressecção de ambas as vesículas clipagem individual de ductos císticos e artéria cística, procedimento sem intercorrências. Anatomopatológico: colecistite crônica com colesterolose e vesícula biliar e ducto cístico em duplicidade. Paciente apresentou boa recuperação pós operatória, recebendo alta hospitalar 24 horas após em boas condições. DISCUSSÃO Alterações anatômicas de via biliar possuem papel na fisiopatologia da colelitíase biliar por alteração da drenagem e constituem fator de risco para lesão inadvertida durante colecistectomia, estudos antigos já reuniam casos semelhantes com proposição de classificação morfológica dos tipos de duplicidade de vesícula biliar [2]. Realizada busca em banco de dados do PUBMED com o termo gallbladder duplication sendo encontrado mais de 200 estudos relacionados. Após revisão encontramos casos correlatos em literatura confirmando opinião dos autores quanto realização colecistectomia de ambas as vesículas em mesmo tempo cirúrgico independente da presença de litíase, encontramos um relato de associação desta entidade com neoplasia[3], Duplicidade de vesícula biliar é condição rara sem dados quanto real incidência. Não há justificativa para a não realização do procedimento por laparoscopia desde que respeitadas adequada dissecção e identificação das estruturas.

Palavras-chave: Vesícula Biliar; Duplicidade; colecistectomia

ID: 113371

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Pedro Henique Oliveira de Amorim / Amorim,O,P / Hospital São Luíz Itaim; Carlos Eduardo Domene / Domene ,E,C / Hospital São Luíz Itaim; Paula Volpe / Volpe , P / Hospital São Luíz itaim; André Santana / Santa . A / Hospital São Luíz itaim; William Giglio / Giglio .W / Hospital São Luíz Itaim; Adriana Meiglice / Meiglice ,A / Hospital São Luíz itaim;

Título: COLECISTECTOMIA VIA ROBOTICA VERSIUS

OBJETIVO Compartilhar com colegas cirurgiões a realização de Colecistectomia robótica com nova plataforma Versius , relatar forma de acesso , posicionamento de bracos robóticos , tempos cirúrgicos e desafios durante realização do procedimento e viabilidade do emprego da nova plataforma na realização de intervenção. METODO Video gravado durante execução de Colecistectomia em paciente com diagnostico confirmado via USG de colecistopatia calculosa RESULTADO Realizacao de procedimento com sucesso apesar de limitações e dificuldades devido a nova tecnologia e adequação de portais e da equipe a mesma ainda que mediante treinamento exaustivo e grande experiencia com outra plataforma robótica disponível no mercado. CONCLUSOES Necessario maior conhecimento, aprendizagem e pratica por todos os cirurgiões e equipes que se dispõe a empregar a nova tecnologia em prol de seus pacientes , exigindo não apenas treinamento por parte da empresa desenvolvedora do produto,, mas raciocínio cirúrgico em que se faz necessário a conjugação de conhecimento cirúrgico videolaparoscopico e robótico .

Palavras-chave: Robotica ; Versius ; Colecistectomia

ID: 112859

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Natacha Helena Uryu / Uryu, N. H. / UNICID; Giovana de Figueiredo Godoy / Godoy, G. F. / UNICID; Wellington Forte Alves Junior / Junior, W. F. / IAMSPE; Isabel Butter Amim / Amim, I. B. / IAMSPE; Emilia Virginia Lima Curvelo Fontes / Fontes, E. V. / IAMSPE; Adriano Corona Branco / Branco, A. C. / IAMSPE; José Francisco de Mattos Farah / Farah, J. F. / IAMSPE;

Título: TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO PARA PERFURAÇÃO DE VESÍCULA TIPO II ASSOCIADA A COLEDOCOLITÍASE: RELATO DE CASO

Abstract Introdução: O desenvolvimento de abscesso hepático associado a perfuração de vesícula biliar representa uma complicação rara de colecistite aguda. A taxa de mortalidade de pacientes com perfuração da vesícula varia de 12-16%, sendo que 86,6% das perfurações estão associadas a colelitíase. Em 1984 a perfuração de vesícula foi classificada por Neimeir em tipo 1 □ aguda- perfuração de vesícula associada com peritonite biliar generalizada; tipo 2 □ subaguda □ fluido no local da perfuração, abcesso pericistocolico e peritonite local; tipo 3 □ crônica □ formação interna ou externa de fístula. Método: Coletado caso por meio da leitura do prontuário pelo sistema de prontuário eletrônico de uma única instituição e a partir de conversações com o paciente. Paciente concordou em participar e assinar tempo de consentimento livre e esclarecido Resultados: Relatamos o caso de um paciente idoso com quadro septicêmico causado por perfuração de vesícula tipo 2 associada a formação de abcesso hepático em sítio distante e colangite. Optamos por realizar o tratamento minimamente invasivo, focalizando inicialmente em controle da sepse e posterior resolução cirúrgica do foco infeccioso primário, o qual acreditamos ser a colecistite aguda. Conclusão/discussão: A literatura abrange diversos tipos de tratamento, notando-se um crescente uso do tratamento minimamente invasivo com cirurgia laparoscópica e procedimento endoscópicos contudo, ainda há mais dados apontando o uso de cirurgia aberta para tentativa de controle do foco infeccioso. Acreditamos que a abordagem individualizada é o cerne da melhor conduta, é consenso entre diversos autores que incialmente o controle do estado séptico em que a maioria dos pacientes com quadros semelhantes ao descrito se apresentam é primordial contudo, é importante ressalta que a busca por identificar corretamente o sítio infeccioso primário para ordenar o fluxo de tratamento também pode influência no desfecho do caso.

Palavras-chave: abdome agudo; abscesso hepático; choque séptico

ID: 113856

Área: VIAS BILIARES

Forma de apresentação: Vídeo Livre

Autores: Yana Nascimento Fracari / Fracari, YN / Santa Casa de Campinas; Helena Maria Nascimento Biscalquin / Biscalquin, HMN / Santa Casa de Campinas; Nathália Sampaio / Sampaio, N / Santa Casa de Campinas; Caio Heiji Matoba / Matoba, CH / Santa Casa de Campinas; Cecilia Araujo Mendes / Mendes, CA / Grupo Surgical; Rafael Mezalira Ruano / Ruano, RM / Grupo Surgical; Prof. Dr. Bruno Monteiro T Pereira / Pereira, BM / Grupo Surgical;

Título: VALIDAÇÃO DA VISÃO CRITICA DE SEGURANÇA DE STRASBERG - ANÁLISE DE DADOS RETROSPECTIVOS

A colecistectomia videolaparoscópica (CVLP) é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em todo o mundo visto devido principalmente a grande prevalência de colecistopatias calculosas. No ano de 1992, houve um consenso entre cirurgiões que determinou que a CVLP era uma abordagem segura e eficaz para o tratamento da colelitiase sintomática. No entanto, devido a curva de aprendizado, variações anatômicas e graus avançados de inflamação consequentes aos processos agudos, a taxa de complicações intraoperatórias apresentava-se elevada implicando em aumento da morbidade, mortalidade e custos ao serviço de saúde. Em 1995, Strasberg descreveu a visão critica de segurança (Critical View of Safety - CVS) com objetivo de padronizar a metodologia cirúrgica e diminuir assim o índice de complicações. Em razão da facilidade e eficácia na reprodução da CVS, esta foi incluída no Programa de Colecistectomia Segura publicado pela Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) como uma das seis estratégias recomendadas para ajudar a minimizar as lesões do ducto biliar. O presente estudo tem como objetivo analisar retrospectivamente o banco de dados deste serviço após a instituição compulsória do CVS em todas as CVLPs dentre o período de Janeiro de 2016 e Maio de 2022, afim de validar este método também dentro do processo de qualidade interno. Resultados: Entre janeiro de 2016 a maio de 2022 foram realizadas 2576 colecistectomias pelo serviço (média de 368/ano ±105.74), todas iniciadas por videolaparoscopia, sendo 1077 cirurgias eletivas e 1499 em cenários de urgência por colecistite aguda ou cólica biliar refratária. A taxa de conversão da técnica VLP para aberta foi de 0.03%. A taxa de lesão de via biliar foi de 0.09%. De acordo com os dados acima fornecidos, é possível constatar que a implementação da CVS como técnica padrão de segurança durante uma CVLP é eficaz e segura, devendo ser atribuída para todos os serviços de cirurgia geral.

Palavras-chave: CVLP; CVS; colecistectomia