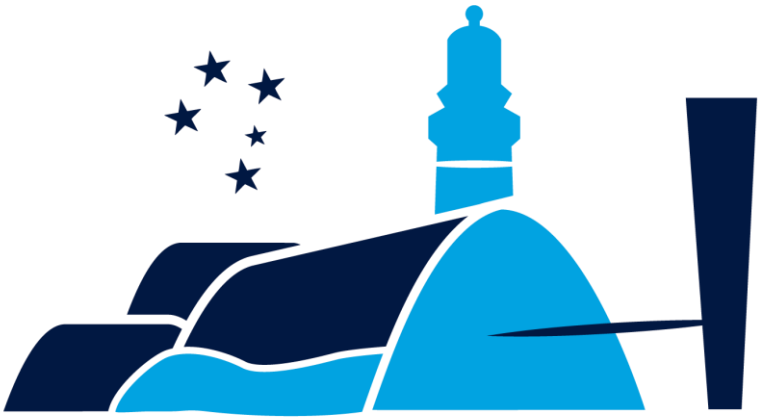
# RESUMOS TEMAS LIVRES



Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

## SETOR IV - CIRURGIA DE URGÊNCIA E TRAUMA

03 A 05/11/2022 | VITÓRIA - ES

**LESÃO DE VEIA CAVA INTRAPERICÁRDICA POR PROJÉTIL DE ARMA DE FOGO**

*VICTOR FERREIRA GONÇALVES[1]; HÉLCIO ASSIS ROCHA DE OLIVEIRA[2]; ELISA DUARTE PAIVA[2]; FABIANO MAIA LINHARES[2]; FÁBIO RODRIGUES BENGTSSON[2]; JOSÉ EDUARDO MAGRI JÚNIOR[1]; RODRIGO OTÁVIO DUARTE DE ARAÚJO ABREU[1]; SIZENANDO VIEIRA STARLING[1]. 1. HOSPITAL JOÃO XXIII, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL; 2. FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.*

**INTRODUÇÃO:** Lesões por projétil de arma (PAF) de fogo são causa de milhares de mortes no Brasil todos os anos, sendo responsável por 75% dos homicídios ocorridos em 2012 em países subdesenvolvidos das Américas[1], no Brasil, foram cometidos 30825 homicídios por PAF, sendo 1878 em Minas Gerais. Apesar de observar-se queda de aproximadamente 25%. Lesões vasculares são as principais causas de morte nos traumatismos por PAF, podendo ter mortalidade de até 90%2, sendo um desafio o manejo em tempo hábil em centros referência de trauma. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 17 anos, admitido no Hospital João XXIII em Belo Horizonte advindo de Rio Piracicaba por helicóptero após 12h de trauma. Na sala de emergência, foi realizada avaliação inicial e encontrava-se estável hemodinamicamente. Ao exame foram observadas perfurações por PAF na parede torácica anterior, no segundo espaço intercostal paraesternal à direita e um orifício no sétimo espaço intercostal direito na linha hemiclavicular, orifício tangencial no hipocôndrio esquerdo, orifícios no braço esquerdo, antebraço direito e perna direita com fraturas expostas do úmero esquerdo, tíbia direita e ulna direita. Os pulsos distais estavam presentes e sem déficits motores. A Radiografia de tórax evidenciou hipotransparência no hemitórax direito com presença de dois projetís nessa topografia. No FAST foi detectado presença de líquido livre (LL) nos quatro quadrantes e pequena quantidade de LL no saco pericárdico. Encaminhado ao centro cirúrgico (CC), feita drenagem torácica à direita, com drenagem de 1,5 L de sangue. Laparotomia mediana xifopúbica evidenciado lesão hepática grau III no segmento VIII com sangramento ativo, tamponada por compressas, janela pericárdica positiva para sangue, seguida de esternotomia e abertura de saco pericárdico, com sangramento vultuoso de lesão em veia cava superior (VCS). Feita clampagem parcial da VCS com pinça de Satinsky e ráfia do ferimento com polipropileno 4.0. Em seguida, aberta a pleura mediastinal à direita evidenciando lesão diafragmática e lesão transfixante do lobo pulmonar inferior, sem sangramento ativo, hepatorrafia e drenagem abdominal após a síntese das cavidades, higienização e fixação temporária das fraturas ósseas e encaminhado ao CTI. No 6º dia cursou com pericardite, respondendo bem ao tratamento clínico, retornando ao CC no 17° dia para tratamento definitivo das fraturas. **DISCUSSÃO:** Para Naidoo e Hardcastle (2021) lesões na região de confluência entre o átrio direito e a VCS são potencialmente fatais. Segundo Westphal (2009), o acometimento de grandes vasos é um dos principais fatores para o desfecho letal após o trauma torácico. Paciente evoluiu por 12h com estabilidade hemodinâmica em razão da presença de um coágulo que se formou tamponando a lesão em VCS. Não ocorreu o tamponamento cardíaco devido à comunicação do saco pericardio com espaço pleural à direita. O hemotórax se justifica tanto pela lesão intrapericárdica, quanto pela lesão hepática.

Palavras-chave: Trauma em cava Intrapericárdico;Trauma toracoabdominal;Trauma por projétil arma de fogo.

**Hérnia femoral encarcerada contendo tuba uterina direita: um achado extremamente raro.**

*ROBERTO CARLOS ARAÚJO JUNIOR; LUCAS VENTURINI DE REZENDE MENDES GLÓRIA; MILENA MOULIN MASSINI. HOSPITAL DA SANTA CASA DA MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.*

**Introdução:** As hérnias femorais representam cerca de 2% a 8% das hérnias da região inguinal e são mais comuns em mulheres adultas. Mais raro ainda é a herniação de anexos uterinos. Há poucos relatos na literatura acerca da herniação destas estruturas em mulheres adultas, já que são mais comuns em crianças e estão associadas, em sua maioria, às anormalidades congênitas do trato genital.
**Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 68 anos, encaminhada ao serviço terciário de cirurgia geral devido a quadro de dor em região inguino-femoral direita há 5 dias. Negou comorbidades, cirurgias anteriores ou uso de medicamentos. Na admissão, apresentava-se em bom estado geral, corada, hidratada, aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações. Abdome flácido, indolor à palpação superficial e profunda, com presença de hérnia em região femoral direita, irredutível à manobra de Taxe, sem sinais flogísticos. No intra-operatório foi possível observar a hérnia femoral com formato pediculado e líquido inflamatório no seu interior. Após abertura do saco herniário, visualizou-se a trompa uterina direita. Procedeu-se o procedimento com salpingectomia direita, e hernioplastia femoral direita pela via anterior e colocação de tela de polipropileno. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências, e a paciente recebeu alta 24 horas após a cirurgia. Perdemos o seguimento da paciente, pois a mesma não compareceu à consulta de retorno.
**Discussão:** As hérnias femorais são relacionadas ao maior índice de encarceramento e estrangulamento, e frequentemente necessitam de abordagem cirúrgica de urgência. O saco herniário pode conter o apêndice cecal, epíplon, intestino delgado, dentre outras estruturas, entretanto, a herniação da tuba uterina é extremamente incomum.
O tratamento da hérnia femoral é cirúrgico, e quanto mais rápido houver o diagnóstico e tratamento, melhor será o prognóstico do paciente. A via laparoscópica é sempre preferida pela possibilidade de realizar um reforço tanto na região femoral quanto na inguinal. O diagnóstico normalmente é feito pelo exame físico, porém a ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada podem ajudar no diagnóstico. Existem pouquíssimos relatos na literatura de hérnias contendo anexos uterinos, este é mais um relato que permite constatar a baixa incidência do quadro.

Palavras-chave: hérnia;trompa uterina;hérnia femoral.

**TRAUMA DE BEXIGA: FALHA DE TRATAMENTO CONSERVADOR POR DIAGNÓSTICO TARDIO**

*MARIANA DA CRUZ CAMPOS; FILLIPE ANTAS TEMOTEO; CLAUDIO LUIZ BASTOS BRAGANÇA; ISABELLA TRIANI FIALHO; NILTON FERNANDES IORIO DOS SANTOS; EDUARDO TRIANI ALVAREZ; HIGOR MEIRELES LOPES DE MARINS. HCTCO-UNIFESO, TERESÓPOLIS - RJ - BRASIL.*

Devido a anatomia óssea da pelve, o trauma de bexiga é raro e possui relação direta com o esvaziamento vesical e ao mecanismo do trauma. Sendo intra ou extraperitoneal, associado a trauma direto ou a lesões por fragmentos ósseos pélvicos. O diagnóstico é feito com cistografia ou cistotomografia, e a terapêutica leva em consideração o local do acometimento. Se a lesão for intraperitoneal a conduta é cirúrgica, e no extraperitoneal é conservadora com uso de sonda vesical de demora. O presente estudo trata de paciente jovem com trauma de bexiga com diagnóstico tardio ressaltando a importância do diagnóstico precoce na prevenção de complicações.

Paciente feminina, 19 anos, da entrada na emergência do Hospital das Clínicas de Teresópolis vítima de colisão auto x auto evoluindo com dor lombar e pélvica, evidenciado em tomografia fratura de sacro direito. Liberada para o ambulatório de ortopedia. Retorna após 3 dias com queixa de síncope e dor abdominal, mantendo dor lombar e pélvica. Realizada nova tomografia que evidenciou bexiga distendida, borramento e gás difuso em gordura intrapélvica, e nova fratura em ramo ísquio-púbico esquerdo. FAST mostrou hematoma em região pélvica e laboratório com queda hematimétrica. Optado por tratamento conservador em CTI, instalação de CVD com hematúria macroscópica e transfusão sanguínea de hemoderivados. No dia seguinte paciente evolui com piora clínica, distensão e dor abdominal importante, parada de eliminação de gases e fezes, queda hematimétrica refratária a transfusão e taquidispneia. Optado por laparotomia exploradora, que evidenciou laceração em parede anterior da bexiga de 3 cm, hematoma pré peritoneal em terço inferior, hematoma retroperitoneal sem expansão, hematoma em parede posterior de cólon esquerdo, sem sinais de isquemia ou perfurações de alças e sem evidências de outras lesões. Realizado rafia da bexiga em 2 planos com fios absorvíveis, e instalado drenos. No pós operatório paciente evolui com quadro arrastado, distensão abdominal, dificuldade de reintrodução alimentar, íleo paralítico e no 12º dia de pós operatório evolui com eventração e nova abordagem cirúrgica para ressíntese de parede abdominal, no 23ª dia de internação hospitalar recebe alta para seguimento ambulatorial.

Conclui que o diagnóstico precoce de trauma de bexiga influência diretamente na evolução clínica, principalmente em situações de acometimento extraperitoneal por permitir a conduta conservadora, e diminuir os riscos inerentes a abordagens cirúrgicas. Já é sabido que o diagnóstico tardio pode acarretar incontinência urinária, fístulas, estenoses e que o extravasamento prolongado de urina pode provocar uroascite, peritonite, abscesso e até mesmo íleo paralítico, esse último observado no caso relatado.

Mattos, V.A.S.; Queiroz, A.T., Trajano, E.T.L.; Passos, M.T. P. Ruptura de bexiga após Trauma Abdominal Leve: Relato de casos. Revista de Saúde. 2018 Jul./Dez.; 09 (2): 49-51

Diretriz para o trauma urológico. Eur Urol, 47(1), 1-15

Palavras-chave: TRAUMA DE BEXIGA ;EXTRAPERITONEAL ;CONSERVADOR .

**ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SECUNDÁRIO A INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL**

*WEBERSON PAULO DA SILVA; JEAN SANTANA DE SOUZA; PEDRO ALBERTO FERREIRA CAVICHIOLI; GABRIELA HAWANE BORTOLI FRANÇA MOREIRA; GABRIELA OLIVEIRA BAGANO; ALEXANDRE SALLES DE FARIA; VINICIUS RODRIGO DE FÁBIO LIMA. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.*

INTRODUÇÃO: A intussuscepção é uma condição infrequente em adultos, com maior incidência na população pediátrica, de difícil diagnóstico e que apresenta, na maioria dos casos, um fator desencadeante. Consiste na introdução de um segmento proximal na luz do distal do trato gastrointestinal (TGI), representando cerca de 1 a 5% dos quadros de abdome agudo obstrutivo. O diagnóstico baseia-se na elevada suspeita clínica auxiliada por exames complementares, como ultrassonografia, TC do abdômen e colonoscopia. No entanto, o diagnóstico definitivo é firmado no intraoperatório. O tratamento requer abordagem individualizada, mas comumente resulta em ressecções dos segmentos intestinais envolvidos, pois a causa costuma ser uma lesão potencialmente maligna.

RELATO DE CASO: DNV, masculino, 26 a, admitido na emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto- SP com dor em hipogastrio há 3 dias, tipo cólica, de moderada intensidade, com melhora parcial ao usar analgesicos, sem fator de piora, associado a náuseas, vômitos, hematoquezia. Sem outras queixas. Antecedentes pessoais: anemia falciforme. Exame físico: abdome doloroso à palpação em flanco e fossa ilíaca à esquerda, sem sinais de peritonismo. Toque retal: sangue vivo em dedo de luva. Complementada investigação com exames laboratoriais e TC de abdome com evidência de volvo do intestino delgado (jejuno) com intussuscepção intestinal. Indicada laparotomia exploradora. No inventário da cavidade havia intussuscepção intestinal a 20 cm da válvula ileocecal, evidenciado tumoração em jejuno proximal a 30 cm da válvula ileocecal. Realizado enterectomia segmentar e entero-enteroanastomose. No anatomopatológico foi visualizado lesão vegetante medindo cerca de 3.1 cm e distando 3,7 cm da margem cirúrgica mais próxima. No mesentério três linfonodos que foram todos incluídos, o maior de 0,7 cm. Exame microscópico - segmento intestinal com adenocarcinoma invasivo bem diferenciado, ulcerado, com foco de diferenciação mucinosa, originando-se em adenoma túbulo-viloso e infiltrando até camada muscular própria. Paciente recebeu alta hospitalar no 4a dia de pós operatório com seguimento ambulatorial com a oncologia clínica.

DISCUSSÃO: A ocorrência da intussuscepção é rara e um desafio em adultos. Apesar de o diagnósticos deste caso ter sido feito no pré-operatório, a literatura informa que o mesmo só é possível em apenas 32% das situações. O tratamento instituído foi a ressecção cirúrgica, sem tentativa de redução prévia. Embora controverso, a maioria dos autores concordam que a ressecção é necessária, já que uma lesão patológica maligna está presente na maioria dos casos. Tal suposição foi confirmada no caso supracitado, sendo o diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma de intestino delgado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: Weiss MB, Barradas de Menezes R. Adult colonic intussusception: a case report. 2013;Azar T, Berger DL. Adult intussusception. Ann Surg. 1997; 226: 134–138;

Palavras-chave: Intussuscepção intestinal ;Abdome obstrutivo;Urgência oncológica.

**Tratamento conservador na lesão intraperitoneal de bexiga no trauma contuso**

*INGRID VERÇOSA ALBUQUERQUE CRUZ OLIVEIRA; CIBELLE MARION BERTOLLI; THAÍZA MELLO MALHEIROS; ANA CAROLINA MOREIRA CERUTTI; BRUNO BIGNARDI; CARINA VITORIA PARADA DIAS; FELIPE MARCONDES DE OLIVEIRA. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR RADAMÉS NARDINI, MAUA - SP - BRASIL.*

INTRODUÇÃO: Lesões traumáticas do trato urinário inferior ocorrem em cerca de 10% dos traumas abdominais.Lesões na bexiga podem ser dividas em: extraperitoneal,intraperitoneal e combinada.O objetivo desse relato é discutir o tratamento conservador para lesões intraperitoneais em trauma contuso de bexiga.

RELATO DO CASO: Feminino,21 anos,admitida no Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini, em Mauá-SP,devido agressão em pelve, estável e apresentando descompressão brusca positiva.Evoluiu com piora da dor abdominal e incapacidade de urinar,que foi relatada desde o trauma.A tomografia computadorizada (TC) revelou líquido livre na cavidade abdominal,distribuído nos quatro quadrantes e bexiga repleta.Realizada sondagem vesical de demora,com saída de grande volume de urina hematúrica e consequente melhora da dor.Ao ser retirada a sonda de Foley,3 dias após a entrada,a mesma,teve fortes dores abdominais,necessitando de nova sondagem,com saída de urina clara e alívio dos sintomas.Realizada nova TC,evidenciando pequena quantidade de líquido na pelve.Durante a internação,os níveis séricos de hemoglobina,ureia e creatinina se mantiveram estáveis e a paciente recebeu antibioticoterapia.Teve alta após 6 dias de internação,e retorno ambulatorial de controle após 7 dias,onde foi retirada a sonda vesical.

DISCUSSÃO: A hematúria macroscópica em politraumatizados é um forte indicador de lesão do trato urinário.Outros sinais e sintomas são: retenção urinária,dor abdominal,hematoma escrotal ou perineal,aumento de ureia e creatinina sérica.A cistografia retrógrada é o exame de escolha para lesões na bexiga,contudo,a TC demonstra em lesão intraperitoneal,contraste extravasando para as goteiras parietocólicas e entre as alças intestinais.Na ruptura extraperitoneal,o extravazamento de contraste é visto no espaço retropúbico,espaço peritoneal anterior e entre os tecidos moles das camadas superficiais da coxa.O tratamento consagrado para lesões intraperitoneais é a abordagem cirúrgica.Em lesões extraperitoneais, é o conservador, com sondagem vesical de demora e uso de antibióticos.Como exposto anteriormente, concluiu-se pela clínica,valores hematimétricos estáveis e TC,que a paciente sofreu uma lesão intraperitoneal de bexiga.Optou-se por tratamento conservador com sonda de Foley e antibioticoterapia.Trabalhos recentes demonstram sucesso no tratamento conservador em lesões intraperitoneais,com sonda de Foley e/ou dreno intra abdominal,em pacientes,sem outras lesões associadas,estáveis hemodinamicamente,com melhora significativa após 48 horas de sondagem vesical e antibioticoterapia.

REFERÊNCIAS: GENG, Jiun-Hung.Nonoperative treatment for intraperitoneal bladder rupture. 2013,Taiwan Urological Association.Published by Elsevier Taiwan LLC. http://dx.doi.org/10.1016/j.urols.2013.05.012
MAHAT,Yashmi. A contemporary review of adult bladder trauma.Department of Urology, USA.J Inj Violence Res.2019 doi:10.5249/ jivr.v11i2.1069

Palavras-chave: bexiga;intraperitoneal;conservador.

**Síndrome de Mirizzi com fístula colecistoentérica, associado a grande abscesso hepático.**

*GERLIANO MARÇAL DA LUZ GONÇALVES; LUCAS VENTURINI DE REZENDE MENDES GLÓRIA; MILENA MOULIN MASSINI. HOSPITAL DA SANTA CASA DA MISERICORDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.*

Introdução: A Síndrome de Mirizzi (SM) é uma condição rara que ocorre em cerca de 0,03% a 3% dos pacientes portadores de colelitíase. Caracteriza-se por uma obstrução do ducto hepático comum devido à compressão extrínseca por cálculos impactados no infundíbulo vesicular ou no ducto cístico, resultando em icterícia obstrutiva.
Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 73 anos, HAS, obesa, com colecistite aguda litiásica, e abscesso hepático, diagnosticada por via ultrassonográfica (USG). Há cerca de 12 dias apresentou dor abdominal em cólica, pior em hipocôndrio direito e epigástrio, associada a náuseas, vômitos e um episódio de febre não aferida. Além do suporte clínico e antibioticoterapia na abordagem inicial, foi solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdome, a qual revelou imagem sugestiva de grande abscesso piogênico. Pequena aerobilia no lobo esquerdo do fígado, e vesícula biliar contraída contendo cálculo em seu interior. Foi indicada colecistectomia videolaparoscópica e, através do inventário da cavidade, observou-se bloqueio do epíplon no leito hepático, vesícula biliar escleroatrófica, e fístula colecistoentérica na primeira porção do duodeno com cálculo impactado no trajeto fistuloso. Procedeu-se a colecistectomia, dissecção e abertura da fístula, enterorrafia, patch a Graham, confecção de drenos suctores em leito hepático. Tentativa de punção de abscesso hepático sem sucesso. No pós-operatório foi realizada punção do abscesso hepático guiado por TC com saída de grande quantidade de secreção purulenta. A paciente segue em acompanhamento ambulatorial e aguarda realização de Ressonância Magnética do abdome superior para controle do abscesso hepático.
Discussão: A SM é uma frequente causa de conversão da cirurgia videolaparoscópica para via aberta, porém nesse caso todo o procedimento foi realizado por videolaparoscopia. É uma abordagem que requer muita habilidade e cautela do cirurgião para realizar a dissecção da vesícula biliar, duodeno e hepatocolédoco, que se encontram inflamados. Além disso, dependendo da gravidade da lesão é necessário realizar derivação bilio-digestiva, o que requer maior habilidade. O caso relatado acima pela classificação de Csendes é compatível com a SM tipo Va, que possui uma fístula colecistoduodenal sem a presença de íleo biliar. Apesar de ser uma condição rara, sempre devemos suspeitar de SM quando estamos diante de um paciente com colecistite crônica litiásica, para prevenir as possíveis lesões iatrogênicas e escolher a melhor tática cirúrgica.
Referências bibliográficas:
1- Fonseca-Neto, Olival Cirilo Lucena da, Pedrosa, Maria das Graças Lapenda e Miranda, Antonio Lopes. Manejo cirúrgico da síndrome de Mirizzi. ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo) [online]. 2008, v. 21, n. 2.
2- Beltran MA, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. World J Surg. 2008;32(10):2237-43.

Palavras-chave: mirizzi;fístula;videolaparoscopia.

**Trauma cervical penetrante associado à lesão laringo-esofágica e vascular. Um desafio do diagnóstico ao tratamento.**

*PEDRO HENRIQUE DE MIRANDA ALVIM; MILENA MOULIN MASSINI; ROBERTO CARLOS ARAÚJO JUNIOR; MARCIO CARDOSO NOGUEIRA. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.*

**Introdução:** O trauma cervical penetrante representa um desafio diagnóstico e terapêutico para os cirurgiões devido à anatomia complexa, à proximidade de estruturas vitais e ao potencial de deterioração rápida da via aérea, além de comprometimento vascular e neurológico, causando grande morbidade ao paciente se lesões silenciosas não forem diagnosticadas e tratadas precocemente.
**Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 60 anos, vítima de ferimento por arma branca (tesoura) em região superior do hemitórax direito, duas lesões em zona 2 de região cervical, lesão em face e coxa direita, sem grandes sangramentos. Ao exame físico, apresentava-se embriagado, aparelhos cardiovascular e respiratório sem alterações, e discreto enfisema subcutâneo em hemitórax direito, próximo à lesão torácica. Posteriormente, o paciente evoluiu com hipotensão e taquicardia, refratária à volume, sendo submetido a drenagem torácica à direita, com melhora do quadro. À tomografia de região cervical, não foi possível identificar trajeto das lesões. Aproximadamente seis horas após a admissão, o paciente desenvolveu hematoma em região cervical direita, iniciou hematêmese de repetição e instabilidade hemodinâmica. Logo, foi encaminhado ao centro cirúrgico. Realizou-se cervicotomia exploradora com necessidade de realizar incisão em colar e, no intraoperatório observou-se hematoma com coágulos, lesão vascular em ramos da carótida externa, lesão laríngea e esofágica. Procedeu-se ligadura dos vasos, esofagorrafia cervical, laringorrafia, traqueostomia de proteção, dreno tubular periesofágico, jejunostomia alimentar e posto sonda nasogástrica em drenagem. O paciente foi encaminhado para unidade de terapia intensiva, e apresentou boa evolução no pós-operatório.
**Discussão:** Os ferimentos na região cervical, por sua complexidade e morbidade, merecem atenção especial nos serviços de emergência. A região cervical é muito vulnerável tanto pela ausência de proteção óssea como por sua anatomia, que contém uma grande quantidade de estruturas importantes em um espaço pequeno e confinado. A sistematização diagnóstica no trauma cervical penetrante deve compreender a radiografia simples da coluna cervical, o esofagograma, panendoscopia, ecoDoppler de carótidas e vertebrais, e a angiotomografia. Porém, sabe-se que o exame clínico pode ser suficiente na identificação das estruturas lesadas. O paciente pode apresentar uma variedade de sinais e sintomas, contudo, certas lesões podem ser silenciosas, sem sinais e sintomas específicos. Por isso, os ferimentos cervicais devem ser tratados com conduta seletiva para cada caso, sendo necessário estratificar estes pacientes, com o intuito de evitar que lesões graves passem despercebidas, acarretando maior morbimortalidade.
**Referências bibliográficas:**
Bahten, Luiz Carlos Von et al. Ferimentos cervicais: análise retrospectiva de 191 casos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]. 2003, v. 30, n. 5, pp.374-381.

Palavras-chave: trauma cervical;lesão esofágica;lesão laríngea.

**ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR MÁ ROTAÇÃO INTESTINAL EM PACIENTE IDOSO – PROCEDIMENTO DE LADD**

*JHONATAN BISSA PAULINO; CAMILA TEIXEIRA CASTELAN; RUAN JONATHAN DE MELO VILAÇA DORNELAS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.*

RESUMO

A má rotação intestinal consiste na falha total ou parcial da rotação do intestino primitivo durante a embriogênese. Cerca de 90% dos casos são diagnosticados em crianças menores de 1 ano. Estima-se que em adultos a incidência é 0,2% e pode se apresentar como abdome agudo obstrutivo ou como um quadro crônico com sintomas inespecíficos gastrointestinais (dor abdominal em cólica, distensão abdominal, saciedade precoce, entre outros), o que leva a um diagnóstico tardio. Em idosos, há raros casos documentados na literatura.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, branco, de 68 anos que se apresentou ao setor de emergência com quadro de 6 dias de evolução compatível com abdome agudo obstrutivo: dor e distensão abdominal, parada de eliminação de flatos e fezes, náuseas e vômitos. Tratava-se de paciente hipertenso, em tratamento não operatório de câncer de próstata, portador de aneurisma de aorta e história de acidente vascular isquêmico há 24 anos. Não relatou episódios semelhantes prévios. Previamente à sua admissão, foi submetido a tratamento conservador de abdome agudo obstrutivo sem sucesso em serviço de menor complexidade (UPA). A tomografia computadorizada de abdome evidenciou alterações sugestivas de obstrução mecânica do cólon e de segmento do intestino delgado, posicionamento anômalo do cólon direito e rotação de vasos mesentéricos. Foi indicada laparotomia exploradora que evidenciou ponto de rotação no mesocólon direito com dilatação difusa de alças de delgado e ceco. Optado por realização do procedimento de Ladd adaptado, que consistiu em rotação em sentido anti-horario do segmento acometido, liberação das aderências entre delgado e base do mesentério e reposicionamento das alças intestinais. Durante a manipulação, houve desserosamento com abertura parcial em alça de jejuno, optando-se então pela realização de enterectomia segmentar com anastomose primária latero-lateral grampeada anisoperistaltica. Optado pela não realização de apendicectomia (procedimento descrito na Cirurgia de Ladd clássica). O paciente recebeu alta hospitalar no 14º dia de pós-operatório, sem necessidade de reintervenções cirúrgicas e apresentou boa evolução no seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO

O relato do caso em questão destaca a importância de se atentar aos diagnósticos diferenciais menos prevalentes no manejo de pacientes idosos com abdome agudo obstrutivo no setor de emergência. E no que tange a má rotação intestinal, a possibilidade da adaptação do procedimento de Ladd clássico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo URM, El Tawil II. Má rotação intestinal em adulto, relato de caso e revisão da literatura. Arq Bras Cir Dig. 2009;22(4):240-2.

Eccleston JL, Su H, Ling A, Heller T, Koh C. Adult presentation of intestinal malrotation. J Gastroenterol Hepatol. 2016;31(8):1382.

Fonseca MK, Cunha CEB, Oliveira HBR, Rodrigues EZ, Mello LFS, Garcia J, et al. Má rotação intestinal em adulto. Relatos Casos Cir.2019;(3):e2292

Palavras-chave: Rotação;Intestinal;Ladd.

**Lesão arterial ilíaca por arma branca**

*LUIS FERNANDO RAMOA GONZÁLEZ[1]; PEDRO FRANCISCO CHAMORRO CÁCERES[2]; BELINDA FIGUEREDO MARIN[1]; ALIE POCKEL MARQUES[1]; JHONATAN DAVID IBARRA RIVEIRO[1]. 1. UNIVERSIDAD SUDAMERICANA, PEDRO JUAN CABALLERO - PARAGUAI; 2. HOSPITAL REGIONAL DE PEDRO JUAN CABALLERO, PEDRO JUAN CABALLERO - PARAGUAI.*

Resumo

As lesões dos grandes vasos abdominales são crises vasculares infrequentes entretanto altamente letais. Como possivelmente esperado, a hemorragia exsanguinante é a causa mais importante de morte prematura. Dada a posição posterior das principais estruturas vasculares abdominales, geram desafíos de exposição durante a celiotomia.

Caso Clínico

Homem, 28 anos, com ferida penetrante por arma branca em região inguinal esquerda. Ao ingreso: pálido, sudoroso, hemodinamicamente instável com requerimiento de nicotinamida adenina dinucleótido. Lab: Hb 5, Hto 15. Eco-fast + em todos os quadrantes. Laparotomia exploratória + inguinotomia esquerda: hemoperitoneo + hematoma retroperitonial em zonas 1, 2 e 3 = 4500cc. Sangramento ativo na artéria ilíaca comum e lesão perfurante da veia ilíaca. Ressecção de bordas e reparação da lesão arterial com inxerto de veia safena interna invertida. Ráfia primária na lesão venosa, drenagem na região inguinal.

Discussão

A incidência de lesão de vasos abdominais por trauma penetrante por arma branca é de 10%, similar a de trauma fechado: 5 a 10%, mas menor que a esperada em feridas por arma de fogo: 20 a 25%. As taxas de mortalidade variam segundo os vasos lesionados: Aorta Supra Renal 60%, Artéria Mesentárica Superior 40-80%, Veia Mesentérica Superior 20%, lesões combinadas Aorta Supra Renal + Veia Cava Inferior 100%, Aorta Abdominal Infra Renal 50%, Artéria Ilíaca 40%, Veia Ilíaca 30%. Neste caso, apesar de haver apresentado uma lesão combinada de vasos ilíacos, o paciente sobreviveu, e sem sequelas no membro inferior do lado afetado.

Bibliografia

ASENSIO, Juan A.; PETRONE, Patrizio; ROLDAN, Gustavo. Analysis of 185iliac vessel injuries, risk factors and predictors of outcome. Disponível em <https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/395858> Acesso em 15 de setembro de 2022.

BENNETT, S.; AMATH A.; KNIGHT, H.; LAMPRON, J; CAN, J. Heridas penetrantes en el abdomen. Disponível em <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=90099> Acesso em 15 de setembro de 2022.

MATTOX, K. L., REA, J., ENNIX, C. L., BEALL Jr, A. C., DeBAKEY, M. E. Penetrating injuries to the iliac arteries. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/717646/> Acesso em 15 de setembro de 2022.

Palavras-chave: lesão ilíaca;lesão arterial;arma branca.

**Infarto do mesentério**

*PEDRO FRANCISCO CHAMORRO CÁCERES[1]; LUIS FERNANDO RAMOA GONZÁLEZ[2]; BELINDA FIGUEREDO MARIN[2]; JHONATAN DAVID IBARRA RIVEIRO[2]; ALIE POCKEL MARQUES[2]. 1. HOSPITAL REGIONAL DE PEDRO JUAN CABALLERO, PEDRO JUAN CABALLERO - PARAGUAI; 2. UNIVERSIDAD SUDAMERICANA, PEDRO JUAN CABALLERO - PARAGUAI.*

Resumo
O infarto agudo do mesentério (IAM) compromete a circulação ocasionando hipoperfusao brusca e um problema clínico cirúrgico grave, com elevada mortalidade. A sintomatologia é inespecífica, o diagnóstico pode ser tardio e se estabelece com certeza mediante uma laparotomia exploratória.
Caso clinico
Mulher, 75 anos, portadora de fibrilação arterial com tratamento irregular, remitida por dor abdominal generalizada de 6 dias de evolução, por crise que se exacerbou nas últimas 24 horas; acompanhando-se de detenção de fezes e gases. Lab: Hb 13,5, GB 19000 - N 81%. ECG: fibrilação arterial com resposta moderada + extrasistole ventricular isolada. Raio x de abdomen: níveis hidrômetros centrais. Com diagnóstico provável de Infarto Aguado do Mesentério, se decide laparotomia exploratória: necrose intestinal de 30cm da asa fixa até colon ascendente, transverso e descendente, inclusive. Sigma e reto sem apresentar necrose. Não se realiza mais gesto cirúrgico e se realiza o fechamento.
Discussão
A gravidade da lesão é inversamente proporcional ao fluxo sanguíneo mesentério e está influenciada pelo número de vasos afetados a pressaõ arterial máedia, a duração da isquemia e a circulação colateral. Os vasos mesentéricos superiores se vêem afetados com maior frequência, e o bloqueio dos inferiores geralmente é silencioso. No caso apresentado, ambos territorios se viam comprometidos. Corresponde ao grupo EAMA (embolia arterial mesentérica aguada) (50%). Este caso, de origem cardíaco e associado a fibrilação arterial da paciente. Dois terços dos afetados são mulheres. Para os sobreviventes o risco de retrombose é alto.
Bibliografia
ADABA F, RAJEDRAN A, PATEL A, CHEUNG YK, GRANT K, VAIZEY CJ, GABE SM, WARUSAVITARNE J, NIGHTINGALE J Ann Surg. Infarto Mesentérico. Disponível em <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=88407#:~:text=El%20infarto%20agudo%20de%20mesenterio,1%2C4%2D6%5D> Acesso em 15 de setembro de 2022.
ECHENIQUE, Francisco Valdes. Isquemia Mesentérica Agud. Disponível em <https://medicina.uc.cl/publicacion/isquemia-mesenterica-agud/> Acesso em 15 de setembro de 2022.

Palavras-chave: infarto;mesentério;abdomen agudo.

**Trauma torácico penetrante por arma de fogo com lesões vasculares e de hilo pulmonar submetido a pneumectomia total: uma abordagem complexa e rara.**

*PEDRO HENRIQUE DE MIRANDA ALVIM; MILENA MOULIN MASSINI; LUCAS VENTURINI DE REZENDE MENDES GLÓRIA; MARCIO CARDOSO NOGUEIRA; ROBERTO CARLOS ARAÚJO JUNIOR. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.*

**Introdução:** O trauma torácico é classificado em fechado ou penetrante, em função da abertura ou não da cavidade pleural. O diagnóstico e intervenção precoces são necessários para reduzir a mortalidade. Os traumatismos penetrantes compreendem 20% dos óbitos relacionados ao trauma, e a mortalidade dos pacientes quando há comprometimento de múltiplos sistemas chega até 35%.
**Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, encaminhado ao serviço terciário de cirurgia e trauma devido a múltiplos ferimentos por arma de fogo em tórax, dorso, cervical, abdome e membros. O primeiro atendimento foi realizado no hospital de origem, onde foi realizado antifibrinolítico, toracocentese de alívio, intubação orotraqueal, e iniciado droga vasoativa. A avaliação inicial de acordo com o ATLS foi: A- vias aéreas pérvias, com colar cervical, enfisema subcutâneo em zona 1 de cervical; B- intubação orotraqueal associada à ventilação mecânica, SatO2 99%; C- tempo de enchimento capilar lentificado, PA 100 x 60 mmHg, FC 150 bpm, hipocorado 4+/4+, sem sangramentos ativos; D- Glasgow-T 8; E- múltiplos orifícios de entrada sem sangramento ativo. Constatou-se choque hemorrágico Classe IV, foi iniciado protocolo de transfusão maciça e o paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico. Realizou-se toracotomia exploradora com incisão combinada, toracotomia anterior lateral direita, incisão em janela infraclavicular estendendo para região cervical anterior. O inventário da cavidade torácica evidenciou pulmão direito colabado e isquêmico, com fuga aérea pela lesão de brônquio fonte direito, lesão transfixante em lobo superior direito, hematoma em pedículo pulmonar por lesão de artéria e veia pulmonares, lesão de veia cava superior, tronco braquiocefálico direito, e veia jugular interna. A laparotomia exploradora não revelou lesões intra-abdominais. Procedeu-se com pneumectomia direita devido à isquemia de todo parênquima pulmonar, rafia de lesões vasculares, toracostomia em selo d'água com drenagem balanceada à direita, e toracostomia em selo d'água à esquerda. O pós-operatório ocorreu em unidade de terapia intensiva (UTI), e houve necessidade de reabordagem após duas semanas para drenagem de coleção em hemitórax direito e pleurectomia parcial. O paciente retornou à UTI para recuperação, e manteve boa evolução clínica.
**Discussão:** Neste caso, além das lesões de grandes vasos, a lesão do hilo pulmonar que levou à pneumectomia elevaram a complexidade no intra e no pós-operatório. Sabe-se que 50% dos pacientes pneumonectomizados evoluem para óbito devido à insuficiência do pulmão remanescente e do ventrículo direito. Para prevenir esses eventos, foi utilizada a drenagem torácica balanceada, a qual permite o ajuste da pressão pleural durante a mudança de posição do mediastino em direção ao lado da pneumonectomia. São raros os casos na literatura que evidenciaram lesões vasculares complexas combinadas e um manejo cirúrgico de sucesso, este é mais um relato que permite constatar a rara incidência.

Palavras-chave: trauma torácico;pneumectomia total;lesões vasculares.

**Principais tratamentos para a fratura tipo II do dente do áxis**

*CLARISSA MARIA FERRAÇO DAS NEVES; ANNIE ARMANI PRATA; CAROLINA CARDOSO DE CAMPOS; GIOVANNA MALACARNE FARIAS; ANA CAROLINA MONTEIRO MARCHEZI; ÁUREA BARCELOS SPERANDIO; MARCELA SOUZA LIMA PAULO; LOISE CRISTINA PASSOS DRUMOND. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**Introdução:** As fraturas do dente do áxis, classificadas em tipos I, II e III de acordo com o local fraturado, são lesões frequentes da coluna cervical. Há uma crescente prevalência de traumas de alta energia e de quedas da própria altura, sobretudo em pacientes acima de 65 anos, nos quais a mortalidade é maior. A tipo II, considerada a mais frequente e instável, consiste na fratura do colo do dente do áxis e pode causar compressão medular cervical. **Objetivo:** Conhecer os principais tratamentos para a fratura tipo II do dente do áxis. **Método:** Foram investigados, de abril a maio de 2022, no PubMed/Medline e na Biblioteca Virtual em Saúde (base de dados: Medline), a combinação dos descritores ''*Odontoid Processes*'' AND (''*treatment*" OR *"therapeutics*") AND "*spinal fractures",* definidos pelo Descritores em Ciências de Saúde e *Medical Subject Headings*. Adotou-se como critério de inclusão artigos publicados de 2017 a 2022, no idioma inglês, pesquisas feitas em humanos, textos gratuitos e disponíveis na íntegra. Excluíram-se revisões de literatura e duplicações. Os artigos obtidos foram tabulados em planilha de *Excel* e analisados pela leitura do título para compor a base bibliográfica dessa pesquisa. Por meio da leitura do resumo, foram excluídos os estudos que fugiram ao tema ou que apresentavam baixa relevância para responder o objetivo desta revisão. Após a leitura na íntegra, nove artigos foram selecionados para compor o presente estudo. **Resultados:** A partir da análise bibliográfica dos nove artigos, foram encontrados tratamentos cirúrgicos e tratamentos conservativos para a fratura tipo II do dente do áxis. De início, no pré-operatório, pode-se realizar a tração cervical, de modo a realinhar a coluna e aumentar as chances da fusão óssea. Para imobilização externa, o colete Halo é indicado, apesar de não promover a união óssea. Como tratamento alternativo, o colar cervical rígido proporciona estabilização da coluna cervical, mas também não resulta na união óssea. No âmbito cirúrgico, o tratamento mais recorrente é a fixação anterior do parafuso, que visa proporcionar união óssea. Quando esta última é inviável, opta-se pela fixação posterior do parafuso, que garante uma fusão óssea estável pela inserção de um parafuso temporário. Em casos de deslocamento dorsal da coluna, é realizada a fusão occipitocervical. A odontoidectomia transoral consiste na remoção do dente do áxis quando ele está severamente deslocado posteriormente. Ademais, também foi encontrada a classificação de Grauer, que subdivide a fratura tipo II do dente do áxis e indica o melhor tratamento para cada uma. **Conclusão:** Os principais tratamentos cirúrgicos para a fratura tipo II do dente do áxis são fixação anterior ou posterior de parafuso, fusão occipitocervical e odontoidectomia transoral. Quanto aos tratamentos conservativos, são abordados os equipamentos de estabilização, como o colar cervical rígido e o colete Halo a fim de realizar uma imobilização externa e tração cervical.

Palavras-chave: terapêutica;processo odontoide;fraturas da coluna vertebral.

**Tórax Instável em paciente politraumatizado com Trauma Torácico Severo (TTS): um Relato de Caso**

*GABRIEL ANTUNES FRANCO DA SILVA[1]; FERNANDA PINTO TORQUATO[2]; ROBSON VIEIRA DA SILVA[2]; MARIA LUÍSA MANHÃES MOTTA RIBEIRO GOMES[2]; LETICIA NUNES CAMPISTA SILVEIRA[2]; NATALIA GOMES ANDRADE[3]; KELLI DA SILVA GONÇALVES[3]; MAITÊ PESSANHA DE ALMEIDA ABREU[3]. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, MACAÉ - RJ - BRASIL; 2. FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL; 3. HOSPITAL FERREIRA MACHADO, CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ - BRASIL.*

O Trauma Torácico Severo (TTS) em um paciente politraumatizado indica uma maior morbimortalidade, possuindo complicações como hemorragia, choque, sepse, falência múltipla de órgãos e insuficiência respiratória. A gravidade desse trauma depende de fatores anatômicos como número de costelas fraturadas, presença de fraturas bilaterais, tórax instável - condição traumática provocada pela fratura de dois ou mais arcos costais em duas ou mais regiões distintas - e contusão pulmonar, sendo determinante para o manejo do paciente. Este trabalho trata-se de um relato de caso de um Trauma Torácico Severo com tórax instável causado por acidente motociclístico seguido de atropelamento que apresentava sinais instabilidade hemodinâmica e choque, além de redução de murmúrio vesicular bilateralmente, dor torácica e dor em MSD, sendo observada exteriorização da cabeça do úmero direito no momento de admissão, sem indícios externos de tórax instável, apesar da redução da expansibilidade torácica visualizada na inspeção do tórax. Paciente foi estabilizada com reposição volêmica e protocolo de transfusão com hemocomponentes e encaminhada para realização de Tomografia Computadorizada (TC). No caso em questão, a paciente encontrava-se hemodinamicamente instável e hipoxêmica, o que exigiu sedoanalgesia para intubação orotraqueal e suporte com ventilação mecânica antes da ida ao Centro Cirúrgico da unidade. Posteriormente, foi submetida a esplenectomia, devido a contusões-lacerações grau IV no baço, e drenagem torácica em selo d`água bilateralmente, por conta da presença de hemopneumotórax à esquerda e pneumotórax à direita. Além de limpeza mecânico-cirúrgica com redução cruenta de luxação exposta de úmero direito. Após procedimento cirúrgico pela equipe de Cirurgia Geral e Ortopedia, a paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde permaneceu no pós-operatório sedada, com tubo orotraqueal (TOT) sob Ventilação Mecânica (VM) durante 14 dias e hemodinamicamente estável. Nos 24 dias subsequentes na UTI, a paciente esteve com otimização de analgésicos para controle da dor, antibioticoterapia para controle de infecções e fisioterapia respiratória e motora com a finalidade de retomar sua capacidade respiratória e possibilitar a alta da UTI. Após esses 38 dias, a paciente foi encaminhada para a enfermaria, onde ficou em observação por 5 dias e, em seguida, recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

Palavras-chave: Trauma Torácico Severo;Tórax Instável;Politraumatizado.

**Lesão de coluna dorsal e avulsão intestinal em uso de cinto de segurança: um relato de caso**

*IGOR ANDRADE SILVEIRA; ANA BEATRIZ MARINHO VIEIRA; GRAZIELLE BRANDÃO COELHO; JOÃO AUGUSTO CAMPOS RODRIGUES; TALITA MIRANDA DE AMORIM; YASMIN BRANDÃO SANTOS; BRUNELA PIMENTEL; JOÃO VINICIUS RODRIGUES MARCIAL. UNIVÉRTIX, MATIPÓ - MG - BRASIL.*

**Introdução:** Trata-se de um relato de caso visando agregar conhecimento a respeito de acidentes automobilísticos com a ocorrência do Sinal do Cinto de Segurança, que diz respeito a um conjunto de lesões abdominais e fraturas cervicais, descritas por Garret e Braunstein em 1962, decorrentes da dissipação da energia do impacto em acidentes automobilísticos.
**Relato do caso:** A vítima em questão apresentou-se com queixas de dorsalgia, abdômen distendido e com dor intensa, episódios eméticos e presença de tatuagem traumática do cinto de segurança em tórax e abdômen, além de evidenciar em tomografia a presença de lesão de coluna vertebral associada a pneumoperitônio e líquido livre peritoneal. Diante laparotomia exploratória, foi encontrado sangue vivo e líquido entérico na cavidade peritoneal e evidenciadas inúmeras lesões em segmento de jejuno com avulsão do mesentério e lesão do mesocólon do sigmóide com desvascularização total do segmento, sendo necessário então que fosse submetido a colectomia de sigmóide com o fechamento do coto distal e colostomia com acoplagem de bolsa para evacuação.
**Discussão:** O intuito deste estudo não é tomar um partido sobre o uso ou não do cinto de segurança, sendo sua serventia necessária e obrigatória pela Lei 9.503 de 23 de setembro de 1997. No momento da colisão, o cinto de segurança atua impedindo com que o indivíduo continue seu movimento, bloqueando sua ejeção do assento no intuito de salvar sua vida, mas que em alguns casos pode gerar resultados desfavoráveis. O choque gerado na colisão e transpassado à vítima, pode provocar traumas internos, que se não tratados em tempo hábil, poderão acarretar em complicações irreversíveis no que tange a sobrevida do paciente.

Palavras-chave: Síndrome do cinto de segurança;Lesão de coluna dorsal;Trauma abdominal.

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

*REBECA FREIRE COLOMBO; TIAGO CYPRIANO DUTRA; RICARDO DARDENGO GLORIA. HECI, CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM - ES - BRASIL.*

INTRODUÇÃO

O câncer gástrico têm alta taxa de mortalidade devido ao fato dos pacientes procurarem ajuda médica quando apresentam quadro avançado. Apresenta-se como um problema de saúde pública pois estão ligados a comportamentos cada vez mais frequentes.

Busca-se realizar diagnóstico precoce e instituir terapêuticas visando a cura. Os quadros insidiosos ocasionam atraso no diagnóstico e dificuldade de realização da neoadjuvância, com pacientes sendo operados de urgência. A escolha da cirurgia a ser realizada leva em conta o local, bem como a escolha da reconstrução gástrica. Outros fatores individuais são avaliados, como idade, tamanho do tumor e performance do paciente.

Um desafio no pós-operatório, também influenciado por fatores individuais e condições clínicas do paciente e porte das ressecções são as complicações. As fístulas digestivas são as complicações locais com alta taxa de mortalidade, sendo tratadas de forma cirúrgica, expectante ou até endoscópica, a depender da evolução clínica.

RELATO DE CASO

Jovem com sintomas gástricos, iniciou investigação com realização de endoscopia digestiva alta (EDA), apresentando lesão antro-pilórica, causando estenose pilórica e além de tomografia de abdome com volumosa tumoração envolvendo a primeira e da segunda porções duodenais.

Paciente foi submetido a cirurgia devido a adenocarcinoma de antro, submetido a gastrectomia subtotal com reconstrução em Y de Roux. Evoluiu com piora clínica no 6º dia de pós operatório (PO), sendo realizada de tomografia de abdome, com extravasamento do meio de contraste adjacente à área de anastomose gastrojejunal com necessidade de nova intervenção devido a deiscência de anastomose e consequente ressutura. Nos dias seguintes, manteve picos febris e nova deiscência de anastomose. Foi submetido a nova abordagem, sendo necessária totalização da gastrectomia com anastomose esofagojejunal.

Mantinha febre e o débito do dreno aumentou, apresentando deiscência de anastomose esofagojejunal, que foi tratada por EDA, com fixação de stent metálico em esôfago distal e porção distal em alça eferente, pela técnica de Shim, devido a baixa performance e estabilidade clínica do paciente. Realizou nova EDA após 4 semanas com resultado de fechamento da fístula.

DISCUSSÃO

O cuidado perioperatório no câncer gástrico diminui a morbimortalidade, contribuindo para a qualidade de vida do doente. Neste caso, condutas expectantes e menos invasivas, como colocação do stent metálico, corroboram para essas práticas.

O tratamento endoscópico visa evitar a contaminação séptica e guiar a reepitelização da mucosa esofágica, com o stent esofágico ou através da sutura endoscópica. Porém, existem complicações decorrentes do uso de stent.

Já vem-se usando próteses metálicas em pacientes com fístulas malignas, como as aplicadas em casos de tumores esofágicos avançados e obstrutivos. O tratamento endoscópico de fístulas decorrentes de complicações cirúrgicas vêm crescendo e aumentando os relatos em literatura.

Palavras-chave: Fístula;Gastrectomia;Endoscopia digestiva.

**LESÕES TRAUMÁTICAS DA AORTA TORÁCICA : UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

*PAMELLA SOUZA MACEDO[1]; INGRID KARISE DOS SANTOS MOREIRA[2]; GUSTAVO SASSO BENSO MACIEL[3]. 1. EMESCAM, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. ACADÊMICA DE MEDICINA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, ARARANGUÁ - SC - BRASIL; 3. CIRURGIÃO VASCULAR PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO MORAES EM VITÓRIA - ES (HUCAM), VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**Introdução**

A lesão aórtica é uma das condições mais sensíveis ao tempo e com maior risco de vida, dentre todas as lesões possíveis sofridas no trauma, perdendo apenas para o traumatismo craniano como causa de morte. No Brasil, o trauma torácico (TT) representa 7,3% do total de traumas no mundo e é o segundo tipo de trauma mais frequente, atrás apenas do trauma de extremidades (DA SILVA, 2017). Não há achados clínicos específicos para lesão aórtica. No entanto, hipotensão, evidência externa de trauma e estado mental alterado são comuns. Muitos pacientes com transecção completa da aorta torácica morrem antes de chegar ao pronto-socorro.

**Objetivo**

Revisar a literatura científica acerca das lesões traumáticas da aorta torácica (LTAT), elucidando a epidemiologia, melhores exames e terapêutica, contribuindo para um melhor diagnóstico e prognóstico.

Metodologia

Revisão de literatura realizada pelo banco de dados US National Library of Medicine (PubMed). Conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram utilizados como chave de busca "Aorta, Thoracic"; “Trauma”; “Endovascular procedure”, com conectivo booleano “AND”. Encontramos 360 artigos e selecionamos, após critérios, 13. Os critérios de inclusão foram publicações entre 2017 e 2022 e acesso grátis e online, na íntegra. Foram excluídos artigos que não se adequaram ao tema ou não possuíam metodologia adequada para alcance do objetivo.

**Resultado**

Os acidentes automobilísticos são a causa mais comum de LTAT e todos os pacientes apresentam lesões concomitantes (fraturas ósseas, abdominais e pélvicas). Além disso, conforme graduação da lesão traumática da aorta, predominantemente apresentam o grau III ou IV e o local mais frequente de lesão é no istmo aórtico 80% (PRENDES,2021).

Embora o diagnóstico de LTAT seja difícil, ele pode ser auxiliado com diversos exames. A TC de tórax, especialmente a ATC de aorta torácica e abdominal, é o padrão ouro, podendo atingir uma sensibilidade de 100%. A radiografia de tórax e o FAST também podem auxiliar quando há presença de alargamento mediastinal (MORI,2020).

O reparo aberto é um tratamento tradicional para LTAT grave, mas apresenta alta incidência de morbidade e mortalidade, principalmente em pacientes com múltiplas lesões (PANG, 2019). Estudos evidenciam que o reparo endovascular aórtico (REVA) para manejo da LTAT, mostrou-se viável e eficaz, com poucas complicações e reconstrução aórtica estável no seguimento de médio prazo. No entanto, o prognóstico da LTAT pode ser catastrófico. As principais causas de morte precoce em pacientes com LTAT incluem perfusão tecidual insuficiente e instabilidade hemodinâmica (SOONG,2019).

**Conclusão**

Com o desenvolvimento da tecnologia e equipamentos de imagem, a LTAT tem sido detectada em um número crescente de pacientes. Todavia, uma vez perdido ou diagnosticado erroneamente, as consequências são graves. Portanto, promover o diagnóstico e o tratamento é a chave para a redução da mortalidade dos pacientes traumatizados.

Palavras-chave: Aorta, Thoracic;Trauma;Endovascular procedure.

**PNEUMOTÓRAX ABERTO: TRAUMA TORACOABDOMINAL LÁCERO-CONTUSO POR HÉLICE DE EMBARCAÇÃO**

*MANUELLA OLIVEIRA ALBUQUERQUE D'ALMEIDA[1]; FERNANDO LIMA DA SILVA[2]; ISABELLE NASCIMENTO COSTA[3]. 1. FAMETRO, MANAUS - AM - BRASIL; 2. UNIVERDADE NILTON LINS, MANAUS - AM - BRASIL; 3. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS, MANAUS - AM - BRASIL.*

Pneumotórax aberto é uma abertura da parede torácica decorrente de trauma, gerando uma solução de continuidade entre a cavidade pleural e o meio externo e resultando no comprometimento da fisiologia respiratória, podendo levar o paciente à instabilidade mecânica, como hipoxemia ou hipercapnia. Orificios maiores podem, inclusive, levar à importante atelectasia do pulmão. A conduta imediata, portanto, é cobrir a ferida com curativo de três pontas, permitindo o fluxo unidirecional do ar para o meio externo, impedindo, dessa forma, o contato entre o ar atmosférico e o torácico evitando a evolução do quadro para um pneumotórax hipertensivo.

Neste trabalho, objetiva-se a descrição das condutas médicas adotadas durante o atendimento em caráter emergêncial em um caso de pneumotórax aberto com evisceração pulmonar causado por hélice de motor após colisão entre embarcações de pequeno porte, tendo sua coleta de dados realizada a partir das informações contidas em prontuário de atendimento em uma unidade hospitalar referência em atendimento de trauma na cidade de Manaus (AM), onde o caso ocorreu.

A intervenção cirúrgica para reparação de parede torácica consituiu-se na inserção de dreno torácico, com posterior desbridamento dos tecidos inviáveis na região traumatizada e hemostasia com eletrocautério, seguido pela remoção das extremidades pontiagudas de arcos costais fraturados utilizando costótomo e rafia de parede torácica. Paciente posteriormente submetida a tratamentos médicos em Unidade de Terapia Intensiva da unidade hospitalar, onde permaneceu em intubação orotraqueal sob ventilação mecânica.

Palavras-chave: Pneumotórax;Trauma torácico;Cirurgia.

**Uso do laser como tratamento para fístulas anorretal: Uma revisão**

*PAMELLA SOUZA MACEDO[1]; MILENA PARREIRA LIORCI[2]; VITÓRIA CARDOSO[3]; MARIANA ZAMPROGNO[4]. 1. ACADÊMICA DE MEDICINA PELA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (EM, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. CIRURGIÃ GERAL E COLOPROCTOLOGISTA NO HOSPITAL PRIVADO DE GAIA, GAIA - PORTUGAL; 3. ACADÊMICA DE MEDICINA PELA UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO, VERGUEIRO - SP - BRASIL; 4. ACADÊMICA DE MEDICINA PELA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**Introdução:** A fístula anorretal é uma conexão entre o canal anorretal e a área perianal, condição mórbida que comumente ocorre após a drenagem do abscesso perianal e requer acompanhamento completo para diagnosticar e tratar. A classificação das fístulas é vital para orientar a terapia. O manejo cirúrgico é a base do tratamento, mas o conhecimento de novas terapias e abordagens de preservação do esfíncter e imagens pré-operatórias são elementos essenciais para fornecer aos pacientes várias opções de tratamento enquanto preserva a integridade do esfíncter. FiLaC (sonda de laser de emissão radial usa laser e energia do eletrodo, são caros e ainda precisam ser avaliados exaustivamente na prática clínica.
**Objetivo:** Revisar a literatura pertinente, descrevendo as vantagens e limitações da utilização de laser no tratamento de fístulas anorretais, como as taxas de recidiva.
**Métodos:** Revisão Bibliográfica. Para a busca inicial a base foi o US National Library of Medicine (PubMed) com os descritores "Fístula", "Anorectal Disease", "Laser" de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para efetuar o cruzamento destes foi utilizado o operador booleano AND. Foram encontrados 62 artigos e após critérios de inclusão e exclusão, 17 artigos foram utilizados. Os utilizados para a inclusão: artigos em inglês, português ou espanhol, entre setembro de 2011 a setembro de 2021, e que estivessem disponíveis na íntegra, estudos comparativos relatando o resultado de FiLaC no tratamento de FIA foram considerado elegível na fístula anorretal na origem criptoglandular e doença de crohn. Excluíram-se relatos de caso e revisões bibliográficas, os estudos que não abordassem o conceito relevante para o alcance do objetivo; estudos repetidos; segundo critérios de qualidade metodológica.
**Resultados:** No total, 1104 pacientes foram avaliados (64,22% do sexo masculino). A idade média dos pacientes era de 42 (variação de 22 a 71 anos ). Em relação ao tipo clínico das fístulas, a maioria era transesfincteriana em (600) 34,11 (52,53%) pacientes, interesfincteriana em 138 (11,7%) pacientes, supra / extraesfincterianos em 53,34 (4,83%) pacientes e 337 (31,5 %) pacientes apresentavam fístula recorrente após tratamento cirúrgico prévio. Três estudos incluíram apenas fístulas criptoglandulares (47%) e Crohns (6%). O laser mais utilizado foi o da Biolitec® com 11mm/s. O tempo médio foi de 22,2 meses (6,5 - 40,5) , a taxa média ponderada de cicatrização primária foi de 40,38% e o sucesso geral quando o FiLaC foi reutilizado foi de 55,1%.
**Conclusão:** FiLaC pode ser considerado uma técnica eficaz e segura de economia de esfíncter para o tratamento de fístula anal com uma taxa de complicações aceitável e baixa. Entendemos que hoje não existe uma técnica única que resolva todas as fístulas e apesar da heterogeneidade dos estudos, podemos dizer que o FilaC é valido principalmente se associado a outras técnica de preservação esfincteriana.

Palavras-chave: Fistula;Anorectal Disease;Laser.

**Estratégias para melhorar a profilaxia do tromboembolismo venoso em hospitais, uma revisão bibliográfica**

*PAMELLA SOUZA MACEDO[1]; CARLOS HENRIQUE DA SILVA SOARES[2]; LUCA GONÇALVES GOBBI[2]; KAROLINI ZAMBELLI MARQUES ALVES[3]; GUSTAVO SASSO BENSO MACIEL[4]. 1. ACADÊMICA DE MEDICINA PELA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (EM, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. ACADÊMICO DE MEDICINA PELA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL; 3. ACADÊMICA DE MEDICINA PELA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL; 4. CIRURGIÃO VASCULAR PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO CASSIANO DE MORAES EM VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**Introdução:** A trombose venosa profunda (TVP) resulta da formação de trombos em veias profundas, sendo que os locais mais comuns de ocorrência são os membros inferiores. Esses trombos podem ocluir parcialmente ou totalmente os vasos sanguíneos onde estão presentes e, uma das complicações mais graves e potencialmente fatal é a Embolia Pulmonar (EP). O Tromboembolismo Venoso (TEV) é considerado a principal causa de óbito evitável em ambiente hospitalar, além disso, segundo o 8º Consenso do American College of Chest Physicians (ACCP) sobre prevenção do TEV, quase todos os pacientes hospitalizados têm pelo menos um fator de risco para o desenvolvimento do TEV, e cerca de 40% têm três ou mais. Nesse sentido, a profilaxia para eventos tromboembólicos é a estratégia inicial para melhorar a segurança de pacientes hospitalizados, além de ser efetiva e segura. Objetivos: Revisar na literatura científica as principais estratégias para melhorar a profilaxia para tromboembolismo venoso em hospitais, selecionar as melhores alternativas e condutas, a fim de promover o uso de boas práticas profiláticas e prevenir danos do TEV aos pacientes. Metodologia: Revisão de literatura realizada pelo banco de dados US National Library of Medicine (PubMed) e Cochrane. De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram utilizados como chave de busca “Venous Thromboembolism”, “Disease Prevention” e “Inpatients”, com conectivo booleano “AND”. Encontramos 167 artigos e selecionamos, após critérios, 20. Os critérios de inclusão foram publicação entre 2017 e 2022, de acesso grátis e online, na íntegra. Foram excluídos artigos que não se adequavam ao tema ou não possuíam metodologia adequada para alcance do objetivo.
**Resultados:** Os vinte estudos selecionados abordavam mais de um medicamento ao mesmo tempo e, os medicamentos mais encontrados para a profilaxia de TEV foram: rivaroxaban, dabigatran, apixaban, enoxaparina,ácido acetilsalicílico, varfarina e a Heparina (dos tipos Não Fracionada- HNF ou Baixo Peso Molecular- HBPM). Na análise não ajustada, os pacientes que usam anticoagulantes orais diretos (DOAC) estavam, em média, mais satisfeitos do que os usuários de varfarina. Entre os efeitos colaterais mais comuns da Varfarina está o risco de fratura especialmente em indivíduos com osteoporose subjacente.

**Conclusão:** A profilaxia de TEV é muito importante, porém, não foi possível determinar qual medicamento é o mais seguro, sendo assim obtivemos como conduta normalmente utilizada e que se destaca no sucesso clínico de profilaxia da TVP o uso de Heparina e suas diferentes formas (HNF ou HBPM), apesar de que em alguns estudos foi evidenciada o uso da Varfarina, a qual normalmente é utilizada para o tratamento da doença. Os anticoagulantes diferem em eficácia dependendo do cenário clínico; também existem diferenças na dosagem, monitoramento, custo e riscos. Assim, as vantagens e desvantagens de cada agente devem ser individualizadas para o paciente e ambiente clínico.

Palavras-chave: Venous Thromboembolism;Disease Prevention;Inpatients.

**Manejo cirúrgico do Trauma Anorretal penetrante Extraperitoneal: Uma Revisão da Literatura.**

*MATEUS GONÇALVES PRATA DOS REIS[1]; JOÃO LUCAS BERTOLI SEPULCHRO[1]; TIAGO STANCIOLI TONOLI[1]; RAFAEL MARABOTTI FIORIO[1]; OLAVO MAINENTI RONCHI[1]; LUIS CLAUDIO DA MOTTA BARBOSA[2]; LUCAS WILL DE AGUIAR[2]; FLÁVIO TAKEMI KATAOKA[1]. 1. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA-EMESCAM, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVERTIX, MÁTIPO - MG - BRASIL.*

Objetivo
Lesões penetrantes no ânus e reto são incomuns, mas apesar da raridade, esse tipo de trauma se apresenta como uma importante causa de morbimortalidade que, por vezes, caracteriza um grande desafio para o cirurgião responsável. Nesse sentido, o foco deste trabalho é abordar de maneira sucinta o manejo cirúrgico do trauma anorretal extraperitoneal tendo em vista a relevância do tema e o seu desconhecimento por muitos profissionais.
Método
Trata-se de uma revisão bibliográfica , em que foram utilizadas as bases de dados PubMed/Medline. Para a seleção de artigos foram aceitos ensaios clínicos randomizados controlados e outros estudos que abordaram o tema, a partir da chave: "Anorectal trauma" OR "Rectal trauma" AND" Surgery". Foram utilizados os descritores ”Colorectal Surgery”,”Wounds and Injuries”,”Proctectomy” obtidos pelo DeCS. Foram selecionados ao final, cinco artigos, publicados nos últimos 5 anos e que se enquadram no tema proposto.
Resultados
As lesões perfuro-contundentes do reto e ânus comumente apresentam-se junto a severas lesões associadas, reforçando-se a necessidade de se tomar a estabilização como primeira prioridade. Os pacientes envolvidos são 86% homens, com a idade média de 33 anos, com predomínio de lesão extraperitoneal (58%, $p<0,005$). As lesões associadas mais comuns foram fratura pélvica e lesões intestinais.
Historicamente, a conduta para o trauma retal envolve os 4 Ds (desbridamento, drenagem, colostomia de desvio, lavagem distal). Todavia, com o passar das décadas, estudos têm sido conflitantes, em especial quanto à lavagem retal distal e drenagem pré-sacral, mostrando pouco ou nenhum benefício.
Dentre as medidas terapêuticas utilizadas, destacam-se o reparo direto, ressecção, desvio proximal (ostomias), drenagem pré-sacral e lavagem retal distal. Dos exames, a sigmoidoscopia rígida e a tomografia computadorizada foram os mais realizados.
A lavagem distal do reto e do espaço pré-sacral foram fatores de risco para complicações abdominais. Já quanto às ostomias, o maior estudo envolvido não observou diferença estatística significativa na mortalidade entre os grupos que realizaram e os que não a realizaram. Todavia, houve mais complicações abdominais nos pacientes com drenagem pré-sacral e lavagem retal distal, bem como ostomias para os pacientes com lesões extraperitoneais de espessura total.
Conclusão
É evidente que os traumas anorretais, especificamente os extraperitoneais, ainda abrangem uma extensa área de discussão acerca da melhor abordagem cirúrgica para um melhor desfecho clínico. Sob essa perspectiva, apesar da falta de consenso, alguns estudos apontam para a colostomia com derivação proximal como método de escolha, a medida que demonstra ser um procedimento rápido e efetivo com menor chance de complicações, sobretudo infecciosas, se comparado ao reparo primário da lesão sem a realização da derivação

Palavras-chave: Colorectal Surgery;Wounds and Injuries;Proctectomy.

**Abordagem da apendicectomia em gestantes: Uma Revisão de literatura**

*LUIS CLAUDIO DA MOTTA BARBOSA[1]; LEONARDO PERONI[1]; EDUARDA DE CASTRO BORTOLINI ALTOÉ[1]; FLÁVIO TAKEMI KATAOKA[1]; LUCAS WILL DE AGUIAR[1]; MAYARA FRAGA LOUBACK[1]; JULIA GOUVÊA TOMÉ GORRADO[1]; LUIZ GUSTAVO FIDELIS PEREIRA[2]. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVERTIX, MATIPÓ - MG - BRASIL; 2. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVÉRTIX, MATIPÓ - MG - BRASIL.*

Objetivo: A apendicite constitui-se em uma etiologia frequente de abdome agudo no período gestacional, correspondendo a principal indicação cirúrgica por afecção não obstétrica durante a gravidez. A patologia tem um difícil diagnóstico pois sintomas como dor abdominal, náuseas, vômitos e leucocitose também se manifestam durante a gestação. Ademais, a realização da radiografia é contraindicada durante o ciclo gravídico-puerperal, além da redução da sensibilidade ao ultrassom e as variações anatômicas do apêndice durante o ciclo, postergando o diagnóstico e resultando na elevação de taxas de perfuração apendicular e peritonite, aumentando índices de morbidade e mortalidade materna e fetal. Logo, objetiva-se revisar achados bibliográficos no que concerne a abordagem da apendicectomia em gestantes.
Metodologia: trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo, em que foram utilizadas as bases de dados PubMed, Lilacs e Scielo. A pesquisa foi determinada de acordo com os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): apendicectomia, gestantes e abordagem.
Resultados: A apendicite em gestantes possui um diagnóstico complexo, devido a aspectos,como a fisiologia e anatomia que se alteram durante a gestação. Exames físicos tornam-se complicados, principalmente a partir do terceiro trimestre de gestação, pois o útero encontra-se estendido e há alteração na anatomia dos órgãos. Já os exames complementares não são tão eficazes, a ultrassonografia pode referir uma visualização inadequada do apêndice da gestante e o raio x é contraindicado devido ao grau de exposição ionizante ao feto e a gestante. Com isso, o exame que apresenta especificidade e eficácia adequada para analisar e confirmar o diagnóstico de apendicite é a ressonância magnética. Considerando essas particularidades, a abordagem menos invasiva, com menores risco pós-operatórios, menor mortalidade, menor risco de perfuração do apêndice, influência no peso ideal do feto e no índice de Apgar, é a cirurgia por videolaparoscopia (VLP). Por mais que não tenha conhecimento sobre os riscos do uso CO2 e trocater, a cirurgia por VLP mostra-se a mais eficaz e com menores riscos. Já a apendicectomia aberta (laparotomia) na maioria dos casos é reservada para gravidezes que tenham atingido o terceiro semestre, em que o feto já está com a formação quase completa.
Conclusão: Logo, infere-se que a videolaparoscopia é a abordagem mais segura para realizar apendicectomia na gestante durante o segundo trimestre da gestação, visto que confere os mesmos benefícios obtidos em outras pacientes. Para tanto é recomendado o uso de imagens para maior assertividade, redução de atrasos na cirurgia e apendicectomia negativa, visto que há grande risco de exposição fetal a radiação ionizante, sendo mais recomendado nesses casos a utilização da ressonância magnética. Assim, a decisão clínica deve-se ser pautada em achados clínicos, diagnóstico por imagem e avaliação.

Palavras-chave: apendicectomia;gestantes;abordagem.

**Pseudomixoma peritoneal de origem apendicular: um relato de caso.**

*ALINE BELLE MORAES GONÇALVES[1]; ANA BEATRIZ DOURADO GOMES[1]; MARIA LUÍSA ROCHA[1]; MATHEUS SANTOS CORDÓN[1]; PAULO HENRIQUE TAKATSU DE OLIVEIRA[1]; VINÍCIUS DE MEDEIROS NOBRE[1]; TAINÁ FONTES REHEM[2]. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.*

**Introdução:** Os achados de apêndice com neoplasias malignas são condições raras, representando 0,2 a 0,5% dos casos de tumores do trato gastrointestinal. Geralmente, acomete homens (5:2) acima de 45 anos. Este trabalho visa alertar, diante da descrição dos sintomas e da propedêutica, a necessidade de uma intervenção rápida e o reconhecimento dos possíveis casos desta afecção.**Relato de caso:** N.A, 72 anos, sexo masculino, admitido no pronto socorro, portador de hérnia inguinal, refere que há 3 dias apresenta dor difusa abdominal, especialmente aos médios esforços. Nega febre, náuseas, vômitos, parada de eliminação de flatos e fezes. Ao exame físico, abdome doloroso à palpação superficial e profunda, ruídos hidroaéreos hipoativos, presença de defesa abdominal, sem sinais de irritação peritoneal e presença da hérnia inguinal direita. A tomografia de abdome com contraste evidenciou volumosa coleção intraperitoneal, com calcificações de permeio, sugerindo um pseudomixoma peritoneal com carcinomatose como principal hipótese diagnóstica. Ademais, evidenciaram-se lesões hepáticas hipovasculares, suspeitas de acometimento neoplásico secundário. Logo após, o paciente foi submetido à biópsia hepática percutânea que constatou adenocarcinoma com comprometimento de parênquima hepático, de padrão cribiforme, com necrose. O caso foi discutido com a equipe de Oncologia Clínica do HRAN, a qual contraindicou o procedimento cirúrgico. Como desfecho, o paciente iniciou a quimioterapia paliativa e recebeu alta médica, e acompanhamento pelo ambulatório de Oncologia.**Discussão**: Como a neoplasia de apêndice é infrequente, há dificuldades em sua identificação clínica, devido a inespecificidade dos sintomas, os quais se assemelham à apendicite aguda. Dessa maneira, foi considerado um achado inesperado, tanto durante a realização do exame de punção guiado pela Tomografia, quanto após a análise do histopatológico. É importante salientar que, após a definição do diagnóstico, alguns fatores são essenciais na escolha da abordagem terapêutica, como diâmetro do tumor, localização do apêndice, idade do paciente, presença de metástase, nível de acometimento histológico, além de descartar tumores colorretais sincrônicos e metacrônicos. O tratamento cirúrgico é a opção preferencial, a qual aumenta a sobrevida do paciente. Entretanto, devido ao extenso acometimento neoplásico de estruturas subjacentes, o paciente decidiu pelo seguimento da quimioterapia paliativa. Nesse sentido, é imprescindível a realização do estudo histopatológico de peças cirúrgicas com achados compatíveis, visando tanto o diagnóstico correto quanto a abordagem terapêutica adequada.**Referências**:PENTEADO, KdB et al. Adenocarcinoma mucinoso de apêndice, Journal of Coloproctology, v. 39, p. 2, 2019.HUIDOBRO, GARCIA et al. Tumores del apéndice cecal, Revista chilena de cirugía, v. 59, n. 3, p. 217-222, 2007.HENRIQUES, ALEXANDRE et al.. Adenocarcinoma de apêndice, Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v.28, 2001.

Palavras-chave: Pseudomixoma peritoneal;carcinoma;gastrointestinal.

**Abordagem videolaparoscópica no contexto trauma abdominal: Uma revisão de Literatura**

*EDUARDA DE CASTRO BORTOLINI ALTOÉ[1]; LUIS CLAUDIO DA MOTTA BARBOSA[1]; LEONARDO PERONI[1]; FLÁVIO TAKEMI KATAOKA[1]; LUCAS WILL DE AGUIAR[1]; MATEUS GONÇALVES PRATA DOS REIS[2]; SEDECIAS DE ALMEIDA FRANCO NETO[1]; LUIZ GUSTAVO FIDELIS PEREIRA[3]. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVERTIX, MATIPÓ - MG - BRASIL; 2. ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA-EMESCAM, VITÓRIA - ES - BRASIL; 3. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVÉRTIX, MATIPÓ - MG - BRASIL.*

Objetivo: O trauma abdominal manifesta-se como uma das causas evitáveis de morte em pacientes poli traumatizados, com principal etiologia lesões por armas brancas ou de fogo, consistindo em uma emergência que necessita de abordagem imediata. A laparoscopia é uma das técnicas cirúrgicas mais utilizadas para acesso a cavidade abdominal, sendo ela de grande utilidade para urgências. Entretanto, apesar do sucesso, esta técnica tem se tornado de uso cada vez mais restrito em função dos incrementos tecnológicos e instrumentais que ajudaram a tornar a videolaparoscopia uma opção mais segura e com benefícios como a redução do tempo de internação e do número de laparotomias não-terapêuticas ou negativas quando comparada à técnica laparoscópica tradicional. Logo, tem-se como objetivo revisar achados bibliográficos acerca da abordagem videolaparoscópica no contexto do trauma abdominal.
Metodologia: Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter descritivo, em que foram utilizadas as bases de dados PubMed, Lilacs e Scielo. A pesquisa foi determinada de acordo com os Descritores de Ciências de Saúde (DeCS): videolaparoscopia, traumas abdominais, cirurgia.
Resultados: A videolaparoscopia (VL) manifesta-se como um método seguro para o diagnóstico de trauma abdominal, especialmente em quadros de ferimentos penetrantes, visto que possibilita a inspeção direta e a identificação das lesões intra-abdominais. Na abordagem do trauma contuso demonstra-se satisfatória visto que possibilita a avaliação, aspiração e identificação dos fluidos intracavitários e mobilização das alças intestinais, permitindo um diagnóstico mais seguro para muitas lesões intra- abdominais e diafragmáticas, além de resultados eficazes na abordagem do trauma parietal visto que é uma técnica menos invasiva. Em quadros de hospitalização e necessidade de atendimento urgente com sinais traumáticos, comumente há um desequilíbrio hemodinâmico e a videolaparoscopia mostrou-se como uma técnica rápida e segura para a abordagem em tais situações. Ademais, auxilia na diminuição do desconforto pós-operatório, limitando o uso de medicamentos pós operatórios.
Conclusões: A videolaparoscopia tem se consolidado cada vez mais como uma moderna técnica minimamente invasiva de abordagem cirúrgica alternativa à laparotomia tradicional. Dessa forma, conclui-se que as cirurgias videolaparoscopias apresentam inúmeras vantagens que justificam a sua utilização, ainda que situações relacionadas à habilidade e experiência do operador e os riscos de uso da técnica sejam pontos importantes a se considerar, como possibilidade de complicações por lesão de órgãos e vasos, pneumoperitônio, herniação, dentre outros. É importante ponderar ainda, que a técnica laparoscópica tradicional não deve ser descartada, sendo opção necessária e mais segura em casos específicos como pacientes com desordens cardíacas e pulmonares mais suscetíveis a complicações advindas do pneumoperitônio.

Palavras-chave: videolaparoscopia;traumas abdominais;cirurgia.

**Úlcera péptica perfurada em paciente com histórico de Adenocarcinoma gástrico: Relato de caso.**

*ALINE BELLE MORAES GONÇALVES[1]; ANA BEATRIZ DOURADO GOMES[1]; ANA CLARA MARTINELLI SOBRAL[1]; ISABELLA MIOTTO PENA[1]; LUCCA ALBUQUERQUE DAMIÃO CORRÊA DA COSTA[1]; MARINA TOSCANO SILVEIRA[1]; PAULO HENRIQUE TAKATSU DE OLIVEIRA[1]; TAINÁ FONTES REHEM[2]. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.*

Introdução: A úlcera péptica perfurada é uma complicação comum que requer tratamento cirúrgico, apresentando taxas de mortalidade de até 30%.Os tumores estão diretamente relacionados às úlceras pépticas, podendo ocorrer, tanto em decorrência das lesões do epitélio gástrico, quanto atuar como fator predisponente de perfuração destas lesões.
Relato de caso: JJRD, masculino, 72 anos, diagnosticado com neoplasia gástrica de grande curvatura em QT, em quimioterapia neoadjuvante.Histórico de colectomia direita com anastomose íleo-transverso por neoplasia de cólon a direita.Chegou ao pronto socorro com queixa de dor abdominal intensa pós-prandial, náuseas e vômitos, distensão abdominal e evacuações diarreicas com hematoquezia.Ao exame físico, paciente hemodinamicamente estável, apresentou abdome tenso, difusamente doloroso à palpação e com RHA diminuídos.TC de abdome evidenciou pneumoperitônio acentuado, pequena quantidade de líquido no lado direito da cavidade abdominal e pelve; densificação da gordura abdominal anterior ao antro gástrico/piloro. Realizou-se uma laparotomia exploradora, na qual foi visualizado conteúdo gástrico em cavidade abdominal e úlcera perfurada pré-pilórica, adjacente ao tumor, sem envolvê - lo. Realizada a ulcerorrafia e lavagem da cavidade.Ao 9º DPO, paciente evoluiu com manutenção da dor abdominal próxima a ferida operatória, plenitude pós prandial, hiporexia e êmese.TC evidenciou hérnia incisional, determinando obstrução com distensão hidroaérea das alças do delgado e estômago.Devido ao quadro obstrutivo, foi submetido novamente a laparotomia exploradora, onde foi observada deiscência de aponeurose, sendo realizada a redução da hérnia e ressíntese da aponeurose.Ao 3º DPO da resolução da hérnia incisional, recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas, com orientações de continuidade do tratamento oncológico, vigilância clínica, para sangramento e infecção.
Discussão: Diversos relatos demonstram não só a considerável morbimortalidade dos pacientes com úlcera gástrica perfurada, como também daqueles com adenocarcinoma de estômago, sendo este um fator predisponente para a perfuração.A distinção diagnóstica pré-operatória de ambas as patologias é complexa, tendo em vista que os sintomas e achados de imagem são muito semelhantes, em que sua diferenciação é de suma importância devido suas abordagens cirúrgicas distintas.No caso, o paciente foi abordado com emergência por suspeita de perfuração de adenocarcinoma gástrico, posteriormente evidenciada a presença de conteúdo gástrico na cavidade causada por úlcera pré-pilórica em região adjacente ao tumor.
Referências bibliográficas: KIM,C.W.et al.Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer, BMC surgery, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 230, 2022.BERESNIAK, A. etal.Helicobacter pylori “Test-and-Treat” strategy with urea breath test:Hp-Breath initiative. [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1–10, 2020.DI CARLO,S. et al. Perforated gastric cancer:Discover Oncology, v. 12, n. 1, 15 de maio de 2021.

Palavras-chave: Úlcera Péptica;Adenocarcinoma gástrico;gastrointestinal.

**Divertículo de Meckel: Relato de caso**

*ALINE BELLE MORAES GONÇALVES[1]; ANA BEATRIZ DOURADO GOMES[1]; LUCCA ALBUQUERQUE DAMIÃO CORRÊA DA COSTA[1]; MARIA LUÍSA ROCHA[1]; MARIA LUIZA PIMENTEL DE OLIVEIRA[1]; VINÍCIUS DE MEDEIROS NOBRE[1]; TAINÁ FONTES REHEM[2]. 1. CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, BRASÍLIA - DF - BRASIL; 2. HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE, BRASÍLIA - DF - BRASIL.*

Introdução: O divertículo de Meckel (DM) é a má formação congênita mais frequente do trato gastrointestinal. A maioria dos indivíduos acometidos são assintomáticos e têm diagnóstico incidental por laparotomia ou laparoscopia. Entretanto, suas complicações apresentam alto índice de morbimortalidade. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho visa ampliar o conhecimento acerca da identificação de pacientes com DM, com intuito de diminuir as complicações do quadro. Relato de caso: Paciente, 41 anos, masculino, admitido no pronto socorro, com história de enterorragia recorrente. Os sangramentos prévios apresentam características variáveis de melena, enterorragia e hematoquezia. Relata investigação prévia através de EDA, colonoscopia e cintilografia, sem confirmação de diagnóstico etiológico. Atualmente, queixa-se de dor abdominal intensa em FIE, hipogástrio e enterorragia importante, motivando monitorização hemodinâmica na emergência. Foram solicitados exames laboratoriais, arteriografia, EDA e TC de abdome. Na TC, foi visualizada pequena saculação na topografia do íleo em FIE, com maior densidade em relação as demais, compatível com DMl. No 2º dia de internação foi realizada angiotomografia abdominal que não identificou foco de sangramento ativo. Discutido a possibilidade de colectomia total, procedimento invasivo e com possibilidade de não abranger área do foco de sangramento. Foi enfatizado a importância de arteriografia de emergência e possivelmente embolização do foco. No 4º dia de internação, após a investigação pela arteriografia, não foi possível identificar o local de sangramento. No 10º dia de internação, o paciente se manteve hemodinamicamente estável. Dessa forma, foi escolhido a não submissão do paciente à enterectomia ou colectomia às cegas, sem nenhuma evidência topográfica de sangramento, devendo prosseguir a investigação do sangramento com o uso de nova cintilografia e cápsula endoscópica. Discussão: O DM ocorre em decorrência da má formação na obliteração do ducto onfalomesentérico, que geralmente, forma um divertículo encurtado, de base larga, posicionado na borda antimesentérica do íleo a cerca de 90 cm da válvula ileocecal. Possui incidência de 2% na população, tendo predileção ao sexo masculino (2:1). Dentre as suas complicações, encontra-se: hemorragia, intussuscepção, volvo, formação de enterólitos, reação inflamatória, perfuração, obstrução e neoplasia. Diante do quadro do paciente, da confirmação radiológica de DM e evolução para possível complicação diverticular, foi persistida investigação para localização do foco de sangramento a fim de planejar tratamento definitivo.

Referências bibliográficas:

AZEVEDO,A. et al.Divertículo de Meckel-relato de caso e revisão bibliográfica. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 11, n. 2, 2017.

.LEQUET, J. et al. Meckel's diverticulum in the adult, Journal of visceral surgery, v. 154, n. 4, p. 253-259, 2017.

Palavras-chave: Divertículo de Meckel;gastrointestinal;sangramento.

**Pneumomediastino hipertensivo associado a enfisema subcutâneo extenso em trauma torácico: relato de caso**

*BEATRIZ DIAS ROSA; FABIO AUGUSTO BRASSAROLA; NELSON DE ARAUJO VEGA; FABIO CESAR DOMINGUES FAVARA. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO, RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL.*

Introdução: Pneumomediastino é a presença de ar no mediastino e pode ser classificado em espontâneo ou traumático. Costuma se manifestar com dispneia, podendo estar associada a dor torácica ou ainda apresentar-se oligossintomático. O ar pode chegar ao mediastino por aumento súbito da pressão intra-alveolar, com ruptura de alvéolos, passando para o interstício peribroncovascular, dissecando hilo, atingindo mediastino, em busca de equilíbrio pressórico, episódio conhecido como fenômeno de Macklin. O tratamento pode ser conservador em casos leves, ou cirúrgico dependendo de extensão e gravidade do quadro. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de pneumomediastino de evolução clínica desfavorável, porém com bom desfecho sob tratamento conservador.
Relato de Caso: Homem, 45 anos, tabagista 30 maços.ano, tuberculose tratada há 13 anos, vítima de queda de telhado a 3m de altura. Após 24h, apresentou edema de face e disfonia. Negava dispneia, dor torácica ou outros sintomas. Estável hemodinamicamente, saturando 93% em ar ambiente e extenso enfisema subcutâneo de face até coxas. Tomografias de tórax e cervical com fratura de 3 arcos costais, bolhas subpleurais, extenso enfisema subcutâneo pela parede torácica, pneumomediastino volumoso, pneumotórax pequeno bilateralmente. Indicada internação, com repouso absoluto no leito, mas paciente evade e retorna em menos de 24h, com piora do edema, associado a dispneia. Em 6h evolui com insuficiência respiratória do tipo obstrutiva. Optado por sedação e intubação orotraqueal. Posteriormente realizada traqueostomia (TQT) precoce, objetivando a diminuição da pressão de via aérea e a drenagem do enfisema pelo orifício da TQT. Apresentou redução progressiva de enfisema subcutâneo, com alta após 13 dias, para seguimento ambulatorial.
Discussão: o enfisema subcutâneo é habitualmente uma situação autolimitada, com repercussão mais estética que hemodinâmica. De acordo com a literatura, raramente o enfisema torna-se extenso, podendo haver compressão extrínseca de vias aéreas superiores ou de grandes vasos, por vezes necessitando de abordagens agressivas, como mediastinostomia cervical, paraesternal ou subxifoidea com colocação de dreno mediastinal. Nota-se que o conhecimento da fisiopatologia pode ser imprescindível na condução do caso, permitindo tomada de condutas conservadoras porém passíveis de bons resultados em casos graves, como no relato apresentado, bem como recuperação e alta precoces.
Bibliografias:
- COURTNEY, M. TOWNSEND, Jr. et al. Sabiston Tratado de Cirurgia, 20 ed, v. 1, 2009. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019
- SUCENA M.; et al. Enfisema subcutâneo maciço: Tratamento com drenos subcutâneos. Rev Port Pneumol, v.16 n. 2, abr. 2010
- SAAD, ROBERTO Jr. et al. Cirurgia Torácica Geral, 2 ed, v. 1, 2011. São Paulo. Atheneu, 2011
- Hacking C, Gorrochategui M, et al.Pneumomediastinum. Radiopaedia [online]. Disponível em https://radiopaedia.org/articles/pneumomediastinum?lang=us. Acessado em agosto/2022
Palavras-chave: Pneumomediastino;Enfisema subcutâneo;Trauma torácico.

**Necrose pancreática infectada: dilemas sobre uso da antibioticoprofilaxia.**

*ISABELLA TEIXEIRA DE SOUZA. UNESA, RIO DE JANEIRO - RJ - BRASIL.*

Objetivo: Realizar uma revisão integrativa de literatura do tema proposto, sobre o uso de antibiótico no tratamento da necrose pancreática infectada e resumidamente tratar sobre os principais dilemas existentes nas formas de terapia. Dessa forma, fornecer dados importantes de pesquisa para complementar dados da literatura já existente.
Método: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, utilizando como banco de dados o PubMed e Scielo, no período entre 2019 a 2022. Os descritores utilizados foram necrose pancreática, pancreatite aguda e antibiótico na necrose pancreática. Os critérios de inclusão adotados foram textos disponíveis na língua inglesa e portuguesa, publicados na íntegra e de forma gratuita. Como critérios de exclusão, obliterados artigos que não se enquadram no escopo do trabalho.
Resultados: A necrose pancreática ocorre entre a segunda e a terceira evolução da pancreatite aguda. Dessa forma, análise criteriosa sobre o emprego da antibioticoprofilaxia no que cerne o tratamento, gerando, ainda, bastante discussão na literatura. Sendo assim, existe fundamentação da literatura em que o uso de antibiótico é melhor indicada nos casos em há infecção comprovada, utilizando antibioticoprofilaxia de amplo espectro, possuindo maior penetração no tecido pancreático. Portanto, nas literaturas analisadas, o uso de antibacterianos, de forma profilática se mostrou ineficaz nos trabalhos avaliados, sendo não recomendável. Pesquisas mostram que de 891 casos, somente 20 pacientes tiveram exames que comprovaram a infecção, o que gerou um alto percentual de erro em prescrição.
Além disso, na necrose pancreática, segundo fundamentação da própria literatura científica analisada, deve ser utilizada quando há real evidência de infecção, evitando, também, resistência bacteriana ao utilizar profilaxia de forma inadequada. O uso rotineiro de antibióticos profiláticos para prevenir infecção de necrose estéril não é recomendado.
Conclusões: A utilização de antibiótico profilático na necrose pancreática infectada de acordo com os textos científicos analisados não se mostrou eficiente quando não há real comprovação de infecção. Portanto, por permitir melhores resultados clínicos, a terapia antimicrobiana deve ser instituída na presença, somente, quando há evidência de contaminação.

Referências:
Barão, T., et al. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. v 158. p 67-75. 2020.

Luz, D., et al. Uso de antibióticos na pancreatite aguda: uma revisão da Literatura. Revista Educação em Saúde, v9. 2021.

Palavras-chave: Necrose pancreática ;Pancreatite aguda;Antibiótico na pancreatite aguda .

**RELATO DE CASO: ÍLEO BILIAR ASSOCIADO À DOENÇA DE CROHN**

*JOSE DE SA MORAES NETO; ANA PAULA SILVA FERREIRA; RAFAEL BALI MOREIRA; SÉRGIO OLIVA BANCI; GUILHERME ZUPO TEIXEIRA. HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCCAMP, CAMPINAS - SP - BRASIL.*

O íleo biliar, descrito pela primeira vez em 1954, resulta de uma obstrução mecânica do trato gastrointestinal por um cálculo biliar, podendo se apresentar do estômago ao reto, sendo mais frequente no intestino delgado, particularmente no íleo distal. Clinicamente caracteriza-se por dor abdominal, distensão, náuseas e vômitos. O quadro clínico típico caracteriza a Tríade de Rigler - cálculo biliar ectópico, dor e distensão abdominal. O diagnóstico requer alta suspeição clínica, devido a sintomatologia e achados de muitos exames inespecíficos. O tratamento é eminentemente cirúrgico - enterotomia para retirada do cálculo. Neste relato encontra-se um homem de 68 anos, portador de Doença de Crohn, com quadro de íleo biliar submetido a correção cirúrgica desta patologia.
Íleo biliar é definido como uma rara complicação da colecistite. Resulta de uma obstrução mecânica do trato gastrointestinal por um cálculo biliar, podendo se apresentar do estômago ao reto, sendo mais frequente no intestino delgado, particularmente no íleo distal.
Paciente NS, masculino, 68 anos, procura atendimento médico com queixa de dor abdominal há 1 dia. Refere dor em hipogástrio em cólica e em forte intensidade, com irradiação para mesogástrio. Associado ao quadro refere náuseas e vômitos, com aspecto líquido e alimentar. Hábito intestinal e urinário sem anormalidades. Paciente com diagnóstico prévio Doença de Crohn severa há 20 anos, em uso de Vedolizumab. Paciente com relato de intervenção cirúrgica prévia (Colectomia direita + íleo transverso anastomose) devido a complicações da doença inflamatória.
Relatamos aqui um caso de abdome agudo obstrutivo por íleo biliar, em um paciente com história prévia de Doença de Crohn. Nosso paciente não se encontra na epidemiologia esperada e apresenta essa associação pouco frequente entre as duas patologias citadas. A sintomatologia demonstrada foi condizente com o quadro de abdome agudo obstrutivo e a tomografia computadorizada confirmou o diagnóstico, evidenciando a Tríade de Rigler - patognomônico de íleo biliar. A terapêutica aplicada foi a cirurgia de enterotomia isolada, realizada sem intercorrências.

Palavras-chave: Íleo;Obstrução Intestinal;;Doença de Crohn.

**Mioma Uterino Calcificado**

*BRUNO VASCONCELOS BORGES VIEIRA; LETICIA DA SILVA BARTH. UNIVERSIDAD SUDAMERICANA, PEDRO JUAN CABALLERO - PARAGUAI.*

**Resumo:** Os miomas uterinos são massas anormais de tecido muscular liso que geralmente são encontradas no corpo uterino, embora às vezes possam aparecer no colo do útero. Geralmente são divididos em três categorias: subseroso (55% dos casos), intramural (40%) e submucoso (5%). A causa exata dos miomas não está bem estabelecida, mas o fator hereditário pode influenciar. Além disso, há evidências de que é um tumor estrogênio-dependente. O tratamento cirúrgico varia de acordo com sua localização, sintomas, tamanho e desejo de preservar a fertilidade ou a menstruação. A calcificação de miomas uterinos, como no caso da nossa paciente, tem uma frequência de 4-10%. Geralmente ocorrem como consequência de distúrbios circulatórios em miomas e em pacientes idosos.
**Relato do Caso:** Uma mulher de 74 anos, procedente da cidade de Patrocínio, Minas Gerais, Brasil recorre ao setor de emergência do Pronto Socorro Municipal da cidade devido a náuseas e vômitos, acompanhada de seu filho. Ao exame físico, chama a atenção a presença de massa palpável no hipogástrio, de consistência pétrea e irregular. É realizada radiografia simples de abdome, na qual se observa uma massa hiperdensa na região infraumbilical, achado compatível com mioma calcificado.
**Discussão do Caso:** Dada a idade do paciente, optou-se por não realizar a cirurgia e foram propostas medidas higiênico-dietéticas para evitar constipação.

Palavras-chave: Mioma;Uterino;Calcificado.

**RELATO DE CASO: CISTO DE MESENTERIO**

*RENAN SOUZA LIMA; MARIO LUIZ QUINTAS; BRUNO HENRIQUE CAMILO. HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.*

Cistos mesentéricos são tumores císticos localizados entre os folhetos mesentéricos de qualquer segmento do intestino delgado ou do cólon. É uma doença com baixa incidência, geralmente em adultos ecom maior incidencia em mulheres. Esse trabalho tem como objetivo fazer um relato de caso em paciente masculino.
A etiologia do cisto mesenterico permanece incerta e sua classificação é controversa, variando de acordo com a literatura estudada. Esses tem baixo potencial de malignidade e geralmente apresentam bom prognóstico. São assintomáticos na maioria dos casos, frequentemente diagnosticados incidentalmente por exames de imagem ou após exploração cirúrgica abdominal. Exames de imagem podem ajudar no diagnóstico e no planejamento do tratamento. A ressonância magnética é o exame mais recoemndado. O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica , prevenindo complicações como sua ruptura, infecção secúndaria resultando em abdome agudo.Tendo como motivação a raridade dessa patologia assim como ressaltar a importância dese diagnostico ao elaborar diagnosticos difenciais de massas abdominais e aumento do volume abdominal de forma subita associado ou não a dor abdominal.
O presente trabalha relata caso de pacienete que apresentou amento do volume abdominal por subto, com evolução de 15 dias associado a dor abdominal, na investigação foi feito diagnostico de cisto mesenterico e relizado exerese do mesmo com intuito de profilaxia de possiveis complicaçoes

Palavras-chave: cisto mesenterico;massa abdominal;tumor de intestino.

**Fasceíte necrotizante por Aeromonas sobria após colecistectomia videolaparoscópica: Relato de caso**

*BRUNO HENRIQUE CAMILO; AGDA MORGANA ALVES ALVES; CAIO CÉSAR DE SOUZA GONÇALVES PEREIRA; EDUARDO HENRIQUE RODRIGUES; RENAN SOUZA LIMA; MARIO LUIZ QUINTAS; ALEXANDRE AUGUSTO PINTO CARDOSO. HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.*

Introdução: A fasceíte necrotizante é uma infecção rara que acomete o tecido celular subcutâneo e a fáscia muscular, caracterizada por necrose extensa e rapidamente progressiva. (1,2). Apresenta índices de mortalidade entre 60% e 75% (3). A infecção por Aeromonas após procedimentos cirúrgicos é extremamente rara, sendo relatada após apendicectomias, colecistectomias e colectomias (4). O relato apresenta uma complicação rara e grave, a fasceíte necrotizante, em pós operatório de colecistectomia videolaparoscópica.

Relato de caso: MGMA, feminino, 59 anos, em segundo pós operatório de colecistectomia videolaparoscópica eletiva, relata dor e hiperemia em epigástrio, náuseas e vômitos há 1 dia. Na admissão sinais vitais normais e abdome com hiperemia e doloroso a palpação em epigástrio. Laboratório com leucocitose com desvio à esquerda, aumento de PCR e lactato arterial, e injúria renal aguda. Tomografia de abdome demonstrou densificação e edema de subcutâneo e gordura pré peritoneal em região epigástrica. Optado por internação hospitalar e ceftriaxona. Paciente evolui com flictenas hemorrágicas abdominais e choque séptico, sendo realizado desbridamento cirúrgico e início de drogas vasoativas, vancomicina, piperacilina e tazobactam, porém com desfecho em óbito. Hemocultura e cultura de desbridamento positivos para Aeromonas sobria.

Discussão: O tratamento da fasceíte necrotizante inclui diagnóstico precoce, medidas de suporte, antibioticoterapia de amplo espectro e desbridamento cirúrgico (5). Um desfecho favorável depende do reconhecimento precoce da doença, com intervenção terapêutica apropriada (3). O caso apresentado demonstra a gravidade desta rara doença e a mortalidade alta mesmo após tratamento adequado, fazendo com que o diagnóstico e tratamento precoces sejam um dos principais alicerces da conduta.

Referências

1. Kaul R, McGeer A, Low DE, Green K, Schwartz B. Population-based surveillance for Group A streptococcal necrotizing fasciitis: clinical features, prognostic indicators, and microbiologic analysis of seventy-seven cases Ontario Group A Streptococcal Study. Am J Med. 1997; 103(1):18-24
2. Alvarez, G. S., Siqueira, E. J., Oliveira, M. P. de, & Martins, P. D. E. Fasceíte necrotizante após aplicação de injeção intramuscular. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. 2012; 27(4), 651–654.
3. LEE, Ching-Chi et al. Necrotizing fasciitis in patients with liver cirrhosis: predominance of monomicrobial Gram-negative bacillary infections. Diagnostic microbiology and infectious disease. 2008; v. 62, n. 2, p. 219-225
4. Tena, D., Aspíroz, C., Figueras, M. J., González-Praetorius, A., Aldea, M. J., Alperí, A., & Bisquert, J. Surgical site infection due to Aeromonas species: Report of nine cases and literature review. Scandinavian Journal of Infectious Diseases. 2009; 41(3), 164–170
5. Chelsom I, J Halstensen A, Haga T, Hoiby EA. Necrotizing fasciitis due to group A streptococci in Western Norway: incidence and clinical features. Lancet. 1994; 344:1111-1115

Palavras-chave: Fasceíte necrotizante;Aeromonas ;Colecistectomia.

**Toracotomia de urgência após lesão de artéria torácica interna por ferimento de arma branca: Relato de Caso**

*BRUNO HENRIQUE CAMILO; AGDA MORGANA ALVES ALVES; CAIO CÉSAR DE SOUZA GONÇALVES PEREIRA; EDUARDO HENRIQUE RODRIGUES; RENAN SOUZA LIMA; MARIO LUIZ QUINTAS; ALEXANDRE AUGUSTO PINTO CARDOSO. HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA, SÃO PAULO - SP - BRASIL.*

Introdução: O trauma torácico corresponde por mais de 30% das lesões traumáticas e por 20% dos óbitos relacionados a trauma (1). Acomete principalmente adultos jovens e o sexo masculino (2). Em 80% dos casos o tratamento inclui analgesia, drenagem pleural e terapia ventilatória, e apenas de 10% a 20% necessitarão de toracotomia (3). Relatamos o caso de um ferimento por arma branca em hemitórax direito que cursou com lesão da artéria torácica interna e hemotórax maciço, necessitando de toracotomia de urgência.
Relato de Caso: TGMPS, 20 anos, admitida após tentativa de autoextermínio com golpe de arma branca em região paraesternal direita, lúcida, FC 85 bpm, PA 95/46 mmHg, saturação de oxigênio de 97%, presença de orifício de 1,5 cm em região paraesternal direita e ausculta pulmonar diminuída a direita. Radiografia de tórax na sala de emergência demonstrou hemopneumotórax. Realizada drenagem torácica à direita, com saída de 600ml sanguinolento. Paciente evolui com débito de dreno de 2300ml sanguinolento em 3 horas, hipotensão refratária a volume e transfusão sanguínea, optando-se por toracotomia. Realizada toracotomia a direita com achados de laceração de 1 cm em lobo superior direito e sangramento ativo em região de artéria torácica interna direita. Realizada rafia de ambas as lesões e locado dois drenos de tórax, um anterior e outro posterior. Paciente com boa evolução, recebendo alta no sexto dia de internação após avaliação com equipe da psiquiatria.
Discussão: As toracotomias de urgência são indicadas em casos de toracotomia traumática, hemotórax maciço, tamponamento cardíaco, lesão de grandes vasos, e lesão de traquéia, brônquio ou esôfago (4,5).A mortalidade se lesão isolada do tórax varia de 4 a 8% porém pode chegar a 35% se houver comprometimento de múltiplos órgãos (1).A paciente apresentada encontra-se na faixa etária prevista, porém cursou com hemotórax maciço necessitando de toracotomia de urgência, a minoria dos casos apontados.O trauma torácico é uma realidade constante nas salas de emergência, e o seu diagnóstico e abordagem corretos, podem mudar o prognóstico do paciente, tornando o estudo e conhecimento sobre o tema vitais para o ensino médico.
Referências

1. Silas MG, Belluzzo GR, Miguel EG, et al. - Traumatismos torácicos: análise de 231 casos. Arq Méd ABC. 1990, 13(1/2):19-21.
2. Silva-Souza V, Leolídio V, dos Santos AC. Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. Sci med. 2013;23(2):96-101.
3. Fontelles MJP, Mantovani M. Trauma torácico: fatores de risco de complicações pleuropulmonares pós-drenagem pleural fechada. Rev Col Bras Cir. 2000;27(6):400-7.
4. Giannini JÁ, Soldá SC, Saad Júnior R "Trauma de tórax". In Coimbra RSM, Soldá SC, Casaroli AA, et al - Emergências traumáticas e não traumáticas. São Paulo. Atheneu, 2001, pp. 57-69.
5. Fragomeni LS, Pertuzzatti ML, Falleiro R, et al -Trauma torácico: manejo clínico-cirúrgico. Med Cir, 1994, 6(1):38-42.

Palavras-chave: Trauma torácico;Toracotomia;Artéria torácica interna.

**ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO COM SINAIS CLÁSSICOS DE CHOQUE NA GESTANTE: RELATO DE CASO DE RUTURA UTERINA EM ÚTERO BICORNO NO SEGUNDO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO**

*VANESSA MARIA DA SILVA QUEIROZ; FRED LEE CAMILO DA SILVA. HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM, CONTAGEM - MG - BRASIL.*

RESUMO

O abdome agudo é muitas vezes caracterizado como uma síndrome de ínicio súbito ou evolução progressiva com necessidade de intervenção médica de urgência, seja clínica ou cirúrgica. Dentre as várias etiologias, temos as de origem hemorrágica, como o aneurisma de aorta abdominal roto, a rutura de gestação ectópica e ruptura não traumática de baço etc.

Normalmente, as hemorragias abdominais cursam com rigidez e dor abdominal intensas, muitas vezes já com peritonite localizada ou difusa, associada a sinais de hipovolemia e choque, como hipotensão, taquicardia, palidez, rebaixamento de sensório e necessidade de aminas vasoativas.

Em pacientes do sexo feminino, em especial as em idade reprodutiva, temos de levar em conta as causas ginecológicas e obstétricas ao avaliar esses sinas de abdome agudo, uma vez que o atraso no diagnóstico e/ou tratamento podem resultar em alta morbimortalidade materno-fetal.

RELATO DE CASO

Paciente 26 anos, primigesta, com 17 semanas de gestação em acompanhamento em pré-natal de risco habitual, sem alteração em exames já realizados. Historia pregressa de pancreatite, sem causa definida, negava alergias.

Admitida em hospital geral terciário com quadro de dor abdominal difusa de início há uma semana com piora progressiva, associado à hipotensão, taquicardia e torpor. Negava trauma. Foi encaminhada da UPA, onde foi admitida no dia anterior, com sintomas acima descritos e evidência de queda hemantimétrica (Hb13,8 -> 6,5).

Submetida a tomografia de abdome e pelve que identificou grande quantidade de líquido livre abdominal, sem outras alterações, inclusive pancreáticas. Laparotomia exploradora identificou hemoperitônio volumoso, feto morto livre na cavidade e útero duplo roto a esquerda.

Realizada histerectomia parcial e salpingectomia a esquerda. Necessitou de hemotransfusão e drogas vasoativas no intra-operatorio. Apresentou boa evolução após o procedimento, tendo recebido alta hospitalar no quinto dia pós-operatório para seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO

De acordo com *Chan, Y Y et al.*, sabe-se que 5,5% das mulheres apresentam desenvolvimento uterino anormal somente diagnosticado devido a infertilidade e/ou gestações complicadas. Muitos casos de má-formação uterina, como útero bicorno, podem cursar com rotura uterina e hemoperitônio volumoso que evolui rapidamente com choque hipovolêmico e óbito, especialmente no segundo trimestre de gestação. Apesar da incidência de 1:40.000, é importante alta suspeição do diagnóstico da rutura uterina para que o tratamento operatório seja instaurado rapidamente pelo cirurgião ou obstetra de plantão.

BIBLIOGRAFIA

Babu, K. M. *et al*. (2007). Rupture of Rudimentary Horn Pregnancy. Medical journal, Armed Forces India, 63(1), 75–76.

Chan, Y Y *et al*. “The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review.” Human reproduction update vol. 17,6 (2011): 761-71.

Manual do Residente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. (2022).

Palavras-chave: abdome agudo hemorrágico;choque ;desenvolvimento uterino anormal.

**ABORDAGEM CONSERVADORA EM UM CASO DE TRAUMA PANCREÁTICO COM LESÃO DO DUCTO DE WIRSUNG**

*FELIPE DE CASTRO PIMENTEL; ALLAN GONÇALVES HENRIQUES; LAVÍNIA DAMACENA PERIN; LUCAS BARCELOS DENADAI; DOGLAS GOBBI MARCHESI. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**INTRODUÇÃO:** O diagnóstico de injúrias no pâncreas pode ser desafiador. Apesar do protocolo FAST ser eficiente na detecção de hemoperitônio, cerca de um terço dos pacientes com lesão pancreática apresentará FAST normal. Dessa forma, o diagnóstico se dá por meio de TC ou laparotomia. As complicações da lesão pancreática chegam a ocorrer em até 50% dos casos e incluem fístula, pseudocisto e abscessos abdominais. O manejo adequado desses eventos é essencial no desfecho de morbidade e mortalidade.
**RELATO DO CASO:** Paciente masculino, 21 anos, asmático, deu entrada no HEUE com história de trauma abdominal fechado por agressão. A TC evidenciou hemoperitônio e laceração da cabeça do pâncreas com envolvimento do ducto de Wirsung. Em laparotomia não houve êxito em visualizar lesões pancreáticas. Encaminhado ao HUCAM com quadro séptico, foi iniciada antibioticoterapia, NPT e dieta líquida. Após 10 dias CPRE mostrou estenose de colédoco distal, sendo realizada papilotomia com colocação de prótese biliar, sem sucesso no acesso à via pancreática, além de RNM com coleções abdominais drenadas posteriormente e alocado dreno pigtail com regressão das coleções. Devido à impossibilidade de cateterização do ducto de Wirsung via CPRE, foi indicada abordagem cirúrgica que mostrou aderências firmes em todo andar superior do abdome, além de pingos de vela em omento. Nesse cenário, optou-se por realizar colecistectomia e esplenectomia táticas para cateterização do ducto via cauda do pâncreas. Recebeu alta com cateter no Wirsung e evoluiu com pseudocisto pancreático, sendo realizada drenagem transgástrica. Posteriormente o cateter foi retirado do Wirsung, sem débito, e nova TC mostrou resolução do pseudocisto. Compareceu ao ambulatório sem queixas e com boa aceitação alimentar. Segue em acompanhamento no ambulatório de CAD do HUCAM.
**DISCUSSÃO:** O caso retrata a dificuldade do diagnóstico das lesões pancreáticas. Enquanto a TC inicial evidenciou lesão pancreática, a laparotomia não teve êxito em identificá-la. No HUCAM, devido à apresentação do quadro com 11 dias de evolução, optou-se por abordagem conservadora apesar da equipe entender que se tratava de trauma com secção do ducto de Wirsung. Os pilares do tratamento conservador com drenagem ampla, antibioticoterapia e nutrição foram aplicados e o paciente evoluiu estável hemodinamicamente. Como não foi possível o tratamento do ducto de Wirsung por via endoscópica, a cateterização do ducto foi via cauda do pâncreas e, posteriormente, com a formação de pseudocisto, realizou-se drenagem endoscópica. O caso em questão mostra o sucesso da utilização de uma tática de exceção no tratamento do trauma pancreático com acometimento do ducto de Wirsung. A abordagem conservadora poupou grande parte do parênquima pancreático que seria perdido com uma abordagem cirúrgica inicial e o paciente evoluiu de maneira favorável.
**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**
Jurkovich, Gregory J. **Management of pancreatic trauma in adults.** UpToDate. 2022.

Palavras-chave: Trauma pancreático;Ducto de Wirsung;Tratamento conservador.

**OBESIDADE E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS - UM RELATO DE CASO**

*ALLAN GONÇALVES HENRIQUES; FELIPE DE CASTRO PIMENTEL; IZABELLA BOTTI VILAÇA MARTINS; DOGLAS GOBBI MARCHESI. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**INTRODUÇÃO:**

A OBESIDADE, CONSIDERADA A PRINCIPAL CAUSA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, AUMENTOU CONSIDERAVELMENTE SUA PREVALÊNCIA NAS ÚLTIMAS QUATRO DÉCADAS E REPRESENTA UM GRANDE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNDO. NESSE CENÁRIO, O RISCO DE MORTALIDADE E MORBIDADE SÃO AUMENTADOS E INVERSAMENTE PROPORCIONAIS AO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, E MUITAS ALTERAÇÕES METABÓLICAS PODEM SER SUBESTIMADAS NA AVALIAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL. PACIENTES OBESOS USUALMENTE NECESSITAM DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, ESTANDO MAIS PROPENSOS A COMPLICAÇÕES E PIORES DESFECHOS, TANTO PÓS-OPERATÓRIOS QUANTO A LONGO PRAZO.

**RELATO DO CASO:**

PACIENTE MASCULINO, 42 ANOS, OBESO, TABAGISTA E COM DEPRESSÃO GRAVE, EM PRÉ OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA E RECONSTRUÇÃO DE TRANSITO DEVIDO A HARTMANN HÁ 9 ANOS, APÓS DIVERTICULITE ESTÁGIO IV. NESSE PERÍODO APRESENTOU COMPLICAÇÕES NO PÓS OPERATÓRIO, COM NECESSIDADE DE REABORDAGEM E COLECTOMIA PARCIAL COM RECONFECÇÃO DE COLOSTOMIA E RESSUTURA DE PAREDE. EVOLUIU COM HÉRNIA PARACOLOSTÔMICA E EM JULHO DE 2022 APRESENTOU ENCARCERAMENTO DA HÉRNIA, QUANDO FOI SUBMETIDO A HERNIOPLASTIA INCISIONAL, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS. NO SEGUNDO DIA DE PÓS OPERATÓRIO, PACIENTE APRESENTOU CHOQUE SÉPTICO, COM NECESSIDADE DE ABORDAGEM DE URGÊNCIA, COM REALIZAÇÃO DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ENTERECTOMIA DEVIDO A ISQUEMIA MESENTÉRICA.APÓS 7 DIAS DA SEGUNDA ABORDAGEM, APRESENTOU INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA E TOMOGRAFIA IDENTIFICOU UMA COLEÇÃO PARACOLOSTÔMICA, SENDO NECESSÁRIO O DEBRIDAMENTO E DRENAGEM DESSA COLEÇÃO, ALÉM DE CURATIVO A VÁCUO PARA MELHOR CICATRIZAÇÃO.

**DISCUSSÃO:**

EVIDÊNCIAS RECENTES MOSTRAM QUE A CIRURGIA BARIÁTRICA PARA OBESIDADE É ASSOCIADA À DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE GERAL E CONSIDERADA OPÇÃO DE TRATAMENTO PARA REDUÇÃO DE PESO CORPORAL A LONGO PRAZO E MELHORA DAS COMORBIDADES ASSOCIADAS. NO ENTANTO, COMPLICAÇÕES GRAVES PODEM OCORRER E, PORTANTO, UMA SELEÇÃO CUIDADOSA DOS PACIENTES E UMA AVALIAÇÃO COMPLETA DE COMORBIDADES E CONDIÇÕES MÉDICAS EM PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO SÃO ESSENCIAIS PARA REDUZIR O RISCO DE COMPLICAÇÕES E AUMENTAR A EFICIÊNCIA DURANTE A OPERAÇÃO. NO CENÁRIO EXPOSTO, ALGUNS DOS CRITÉRIOS PARA A CIRURGIA BARIÁTRICA E METABÓLICA FOGEM DO IDEAL, COMO O ABUSO DE SUBSTÂNCIAS, DEPRESSÃO SEVERA SEM TRATAMENTO E ALTO RISCO OPERATÓRIO, NECESSITANDO DE UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL E UM MAIOR GRAU DE MONITORAMENTO.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

VALENTIJN, T. M. et al. The obesity paradox in the surgical population. **The Surgeon**, v. 11, n. 3, p. 169–176, jun. 2013.

CORNETT, E. et al. The patient with obesity and super-super obesity: Perioperative anesthetic considerations. **Saudi Journal of Anaesthesia**, v. 16, n. 3, p. 332, 2022.

DE LORENZO, A. et al. Obesity: A preventable, treatable, but relapsing disease. **Nutrition**, v. 71, p. 110615, out. 2019.

BULT, M. J. F.; VAN DALEN, T.; MULLER, A. F. Surgical treatment of obesity. **European Journal of Endocrinology**, v. 158, n. 2, p. 135–145, fev. 2008.

Palavras-chave: OBESIDADE;PÓS-OPERATÓRIO;CIRURGIA BARIÁTRICA.

**Usuário de crack com abdome agudo perfurativo (AAP) causado por tuberculose (TB) intestinal**

*VICTOR MOULIN MARABOTI; ANTÔNIA BULHÕES NAEGELE DE ALMEIDA; LUDIMILA VARGAS FRAGA; ALLAN GONÇALVES HENRIQUES; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO; MÔNICA VIEIRA PACHECO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**Introdução**

Os AAP são frequentes no Pronto Socorro (PS), as doenças inflamatórias intestinais são etiologias prevalentes de perfuração do íleo distal (ID). A TB é uma doença infecto-parasitária e altamente transmissível. O pulmão é o órgão mais acometido, porém, lesões intestinais podem coexistir em 70% dos casos, apresentando-se por dor abdominal, principalmente. A cirurgia é indicada nas complicações. Segundo a OMS, cerca de 10% das populações dos centros urbanos consomem substâncias psicoativas. O crack, no Brasil, é um problema de saúde pública. Assim, deve-se estar atento à cascata de consequências da adicção, a fim de um diagnóstico preciso.

**Relato do caso:**

Masculino, 38 anos, usuário de crack e desnutrido, sem outras comorbidades e cirurgias prévias. É admitido no PS com soluços, distensão e dor abdominal com 10 dias de evolução, além de sinais sépticos e peritonite, compatível com AAP. Iniciado antibioticoterapia e indicada laparotomia exploradora, encontrada perfuração de 1,5 cm em ID, contaminação da cavidade abdominal, procedido com enterorrafia. No 3º dia pós-operatório, apresentou piora clínica e distensão abdominal, indicada reabordagem cirúrgica. Encontrou-se novas perfurações em ID e jejuno, de aspecto caseoso, deiscência de rafia e linfonodomegalias mesentéricas. Realizada ileocolectomia direita, íleo-transversoanastomose, enterectomia segmentar e linfadenectomia. A pesquisa de Bacilo álcool-ácido resistente no escarro foi positiva, a tomografia de tórax foi compatível com TB e o histopatológico da peça cirúrgica confirmou TB intestinal. Entretanto, paciente evoluiu com choque séptico refratário, distúrbio metabólico e suspeita de tromboembolismo pulmonar, evoluindo a óbito.

**Discussão**

A TB intestinal é uma complicação da doença pulmonar pela deglutição do escarro infectado. A região ileocecal é o principal sítio acometido, sendo o ID mais afetado, devido à estase, ao tecido linfoide em abundância e à reabsorção do bacilo pela mucosa intestinal. O padrão-ouro para diagnóstico é o exame histopatológico. Entorpecentes derivados da cocaína, como o crack, são uma etiologia de AAP em jovens. Devido sua ação noradrenérgica, a mucosa intestinal fica mais propensa à isquemia e, por conseguinte, à perfuração intestinal. É necessário alta suspeição clínica para o diagnóstico precoce, objetivando melhores desfechos.

**Referências bibliográficas**

1- Giordano AMG et al. Abdome agudo perfurativo em decorrência de uso de Crack: um relato de caso. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2018;63(2):115-8.
2- Maulahela et al. Recent advances in the diagnosis of intestinal tuberculosis. BMC Gastroenterology, Indonesia, 2:89
3- Medereiros AG.; et al. Gastrointestinal complications among users of cocaine / crack-a literature review. Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (Supl 5): S28- S31.
4- Giordano AMG et al. Abdome agudo perfurativo em decorrência de uso de crack: um relato de caso. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2018;63(2):115-8

Palavras-chave: Abdome Agudo;Tuberculose ;Substâncias psicoativas.

**ÚLCERA GÁSTRICA PERFURADA E BLOQUEADA PELO PERICÁRDIO COM HÉRNIA HIATAL: UM RELATO DE CASO**

*FERNANDO HENRIQUE RABELO ABREU DOS SANTOS[1]; GUILHERME CARVALHAL MOITINHO[2]; KAROLINI ZAMBELLI MARQUES ALVES[3]; PAMELLA SOUZA MACEDO[3]. 1. 2- CIRURGIÃO E MESTRE DA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (EMESC, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. 2- CIRURGIÃO E MESTRE DA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL; 3. 1- ACADÊMICA DE MEDICINA PELA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**INTRODUÇÃO**: A úlcera gástrica perfurada é considerada uma emergência cirúrgica que se negligenciada pode levar à óbito. A somatória com pneumopericárdio, condição, definida como um acúmulo de ar ou gás no saco pericárdico, justifica, a importância do diagnóstico precoce para o manejo e conduta adequada do caso. Além disso, as alterações no eletrocardiograma (ECG), incluem o infradesnivelamento do segmento ST e inversão da onda T, podem mimetizar a isquemia miocárdica ou embolia pulmonar devido ao quadro agudo de dor torácica aliado à dispnéia progressiva. Porém, o que mais chama atenção é a rarefação na literatura sobre a ocorrência de um pneumopericárdio devido à uma úlcera avançada, sobreposto, como neste caso, a hérnia hiatal.
**RELATO DE CASO** : T.G.V., 66 anos, feminina. Hipertensa e com anemia crônica, em uso de losartana, hidroclorotiazida e sulfato ferroso. Foi internada com quadro de dor torácica bilateral com irradiação para dorso, ventilatório dependente, associado a dispnéia. Ao exame físico apresentou insuficiência vascular periférica. Foram solicitados os exames: Raio X, ECG e tomografía (TC) de tórax. O ECG apresentou taquicardia sinusal com bloqueio de ramo direito, porém sem supra de ST. Na TC de Tórax apresentou pequeno derrame pleural esquerdo e laminar direito, consolidações e atelectasias no lobo pulmonar inferior esquerdo, estrias e atelectasias bilaterais, coração com dimensões aumentadas com volumoso pneumopericárdio. A aorta se apresentou alongada e levemente ateromatosa somada a apresentação de hérnia gastroesofágica. Logo, a paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico havendo ampla dissecção de bridas e aderências na região. Foi identificada hérnia paraesofágica mista, com alargamento hiatal. Foi realizada uma frenectomia mediana com visualização de pericárdio espessado e realizada a dissecção do esôfago mediastinal até a altura das ázigos. Também, foi identificada uma úlcera perfurada firmemente aderida ao pericárdio. Em vista disto, foi realizada uma gastrectomia parcial de segmento perfurado, com tubulização gástrica proximal. Dado a retração esofágica, parte do estômago tubulizado se encontrou em zona mediastinal. Realizou-se a drenagem torácica e a queda e dupla drenagem mediastinal. Ademais, executou-se frenorrafia e hernioplastia hiatal, gastropexia ao diafragma e fechamento da cavidade por planos e coletor em selo d'água nos 3 drenos, por fim deixada a sonda nasoentérica pós pilórica.
**DISCUSSÃO**: Apesar de mimetizar outra situação que indicasse patologia cardíaca, a análise precisa de sinais clínicos e exames de imagem foram cruciais para realização do procedimento e sucesso posterior. A paciente em idade avançada submetida a uma cirurgia extensa e extremamente invasiva, pouco relatada nas literaturas acadêmicas que obteve notório sucesso deve ser levada em consideração para a evolução positiva em situações em que ocorra novamente.

Palavras-chave: Pneumopericardium;Stomach Ulcer;Hernia.

**Análise quantitativa dos traumas automobilísticos, envolvendo bicicletas e motocicletas, ocorridos no período pré e durante a pandemia do vírus SARS-CoV-2**

*NATHALY HAIANNE OLIVEIRA SAMPAIO; RODRIGO PESSOA LEITE. UNIFTC, SALVADOR - BA - BRASIL.*

**Objetivo**: Durante o período da pandemia do vírus SARS-CoV-2 o número de internações por trauma em acidentes automobilísticos aumentou significativamente, isso se dá inclusive ao grande número de serviços de entrega (delivery), que sofreu grande aumento no período pandêmico. O presente estudo objetiva relacionar o impacto da pandemia do COVID-19 no que tange aos números de acidentes de trânsito.
**Método**: Trata-se de um estudo transversal, realizado a partir de dados coletados no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), acessado em 12/09/2022. Incluíram-se, no presente estudo, vítimas por acidente de trânsito no Brasil no período da pandemia do COVID-19. Foi feita a análise de dados epidemiológicos utilizando-se as seguintes variáveis: ano de processamento (Março de 2019 - Agosto 2021), região, gênero, caráter de atendimento (urgência, acidente no local trabalho ou a serviço da empresa, acidente no trajeto para o trabalho e outros tipo de acidente de trânsito) e faixa etária.
**Resultados**: No que tange a variável região, percebe-se que o Sudeste detém a maior quantidade de traumas envolvendo acidentes com bicicletas e motocicletas, representando 40,3% de todos os acidentes ocorridos entre o período analisado, sendo que no período pré pandemia (ano de 2019) a porcentagem era de 39,21%, seguido por 40,49% no ano de 2020 e 41,52% até agosto de 2021. Em relação ao gênero, o sexo masculino configura 83,1% do total de acidentes (entre março de 2019 a agosto de 2021) e o sexo feminino 16,9%. Posto que em 2019 os acidentes envolvendo pessoas do sexo masculino correspondia 82,61%, em 2020 equivalia a 83,5% e até o período de agosto de 2021 representava 83,18%. No que se refere a faixa etária, os adolescentes e adultos jovens (entre 15 e 49 anos) são os que detém o maior percentual de acometimento por esse trauma, constituindo 89,9%, sendo que 87,54% dos acidentes ocorreram em 2019, 81,43% em 2020 e 83,96% até o período de agosto de 2021. Os adultos com 50 a 59 anos correspondem cerca de 10,1% do total analisado, sendo que em em 2019 foram acometidos um total de 10,44%, em 2020 foram atingidos 9,83%, e até o período de agosto de 2021 um total de 10,01%.
**Conclusões**: A partir dos dados explicitados, a incidência de vítimas de trauma por acidente de trânsito está atrelada, também, ao crescente número de usuários de serviço de entrega, tanto por aplicativos quanto associados a empresas/restaurantes/lojas no período da pandemia da doença Covid-19. Isso se evidencia devido ao crescente número de acidentes envolvendo bicicletas e motocicletas durante os anos de 2019 a 2021. Os acometidos representam uma parcela considerável da população economicamente ativa (PEA), com ênfase na região Sudeste. Partindo desse pressuposto, denota-se relevância acerca dessas variáveis, haja vista o impacto direto na economia do país, uma vez que esses indivíduos devem se afastar por um período de seus respectivos trabalhos, além dos gastos envolvendo o serviço de saúde pública.

Palavras-chave: Trauma;Acidentes automobilisticos;Pandemia.

**SÍNDROME DO APRISIONAMENTO DA ARTÉRIA POPLÍTEA: RELATO DE CASO**

*BRENNO SEABRA[1]; PAMELLA SOUZA MACEDO[2]; MARINA BOECHAT MELADO[3]; MARIA ANTONIA LOPES DE SOUSA[2]. 1. MÉDICO ESPECIALISTA EM CIRURGIA VASCULAR, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. ACADÊMICA DE MEDICINA PELA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA, VITÓRIA - ES - BRASIL; 3. ACADÊMICA DE MEDICINA PELA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (EM, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**INTRODUÇÃO**: A Síndrome do Aprisionamento da Artéria Poplítea (SAAP) se caracteriza pela compressão extrínseca da artéria poplítea. É uma síndrome rara, cuja prevalência varia entre 0,16-3,5%. (Oliveira F et al. 2008). Acomete predominantemente homens jovens, ativos e sem histórico de fatores de risco cardiovascular, sendo a principal causa de claudicação intermitente em adultos jovens (O'Leary DP et al, 2010). Os principais sinais e sintomas são dores no membro afetado, parestesias e palidez no pé, os quais ocorrem após o esforço e desaparecem em repouso. Ao exame físico, identifica-se uma redução da amplitude dos pulsos tibial posterior e dorsal do pé durante dorsiflexão ou hiperextensão plantar. Como diagnósticos diferenciais, destacam-se doenças ortopédicas como a síndrome do estresse tibial, fraturas por estresse e tendinopatias.
**OBJETIVO**: Relatar um caso complexo em paciente do sexo feminino, evidenciando o manejo diagnóstico e tratamento escolhido para a síndrome em questão.
**MÉTODO**: As informações apresentadas neste trabalho foram coletadas por meio de revisão do prontuário da paciente, entrevista com a paciente em consultas e registros fotográficos do caso em questão.
RELATO DE CASO: Mulher, 29 anos, branca, sem comorbidades, faz uso de anticoncepcional oral diariamente há 10 anos. Relata prática de exercício físico regular antes do início do quadro. Procura atendimento médico com queixa de dor intensa na panturrilha há 2 anos com piora progressiva e limitante a 50 metros de caminhada. Foi realizada investigação do caso com Ressonância Nuclear Magnética, Ecodoppler arterial e arteriografia. A Ressonância Nuclear Magnética (RNM) do membro inferior esquerdo (MIE) evidenciou sinais de síndrome do aprisionamento da artéria poplítea, descartando causas ortopédicas como fraturas por estresse. Foi observado no Ecodoppler arterial de MIE, artéria poplítea duplicada, sendo uma delas ocluída e a outra pérvia. Decidiu-se, então, por realizar arteriografia para melhor investigação da síndrome, que evidenciou, na verdade, artéria poplítea única ocluída, o que explica o quadro de claudicação referido pela paciente. Também foi visualizado importante circulação colateral através de ramo suprapatelar calibroso e demais artérias da perna pérvias. Confirmada a suspeita e analisado o quadro em questão, foi definido como terapêutica o tratamento clínico com cilostazol e caminhadas diárias.
**DISCUSSÃO**: O tratamento da SAAP é determinado de acordo com o perfil de cada paciente, considerando a idade, a extensão da cirurgia, a presença de complicações da patologia e desejo do paciente. O tratamento clínico associado a caminhadas frequentes mostrou bons resultados nesse caso, embora exista falta de estudos na literatura atual. Além disso, apesar de ser uma doença rara, é preciso ter um olhar atento para a clínica e epidemiologia da SAAP com intuito de realizar o diagnóstico e tratamento para melhoria da qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: Popliteal Artery Entrapment Syndrome;Surgery ;Popliteal Artery.

**PANCREATITE AGUDA APÓS PASSAGEM DE BALÃO GÁSTRICO ENDOSCÓPICO: RELATO DE CASO**

*AGDA MORGANA ALVES ALVES; BRUNO HENRIQUE CAMILO; EDUARDO HENRIQUE RODRIGUES; CAIO CÉSAR DE SOUZA GONÇALVES PEREIRA. HOSPITAL ESTADUAL VILA ALPINA, SAO PAULO - SP - BRASIL.*

RELATO DE CASO:
Paciente RPBV, feminina, 24 anos, relatava forte dor abdominal em região epigástrica e flanco esquerdo há 4 dias, com náuseas, vômitos, hiporexia. Realizou em serviço externo passagem de balão gástrico via endoscópica, para tratamento de obesidade há 4 dias, retirando o mesmo há 2 dias pelo início da dor, porém sem melhora. Apresentava obesidade (IMC >40) e etilismo, porém sem libação alcoólica recente.
Na investigação do quadro, exames laboratoriais revelaram leucocitose (20,56 mil, com 2% de bastões) e alterações de marcadores hepáticos e pancreaticos (amilase 117/ TGO 97 TGP 117 GGT 183 FA 62), e PCR elevado (v: 23). À TC, pâncreas com dimensões e atenuação normais, com densificação de planos adiposos pericaudais, compatíveis com pancreatite.
Com o diagnóstico de pancreatite aguda, procurou-se descartar outras causas, porém a USG apenas mostrou barro biliar. Pela correlação temporal, aventou-se a hipótese de pancreatite aguda cuja etiologia foi a passagem do balão endoscópico.

DISCUSSÃO:
O balão intragástrico (BI) é uma estratégia não operatória e segura utilizada no combate à obesidade, prévio à realização de cirurgia bariátrica (1,2). Complicações ameaçadoras à vida foram relatadas, como perfuração gástrica, obstrução intestinal por migração do balão e mais raramente, pancreatite aguda (2,3). Até 2018, havia apenas 13 casos relatados na literatura de pancreatite pós passagem de BI endoscópico (3).
Pancreatite por BI se apresenta como às de outras etiologias, com dor epigástrica, emese e/ou febre. Bioquímica revela leucocitose, aumento da proteína C reativa e mais importante, níveis séricos elevados de lipase e/ou amilase. Tomografia computadorizada com contraste revela etiopatogenia: balão repleto de líquido, distende a parede gástrica e ocasiona compressão do BI no parênquima pancreático, obstruindo o ducto pancreático (4). Tomografia computadorizada com contraste é útil para o diagnóstico diferencial e exclusão de outras causas e complicações (3,4)
Pancreatite por BI é uma entidade rara, mas de fácil reconhecimento. Conforme literatura, o risco desta complicação é desde o 1º dia até 11 meses após sua inserção. Diagnóstico é feito com a exclusão de causas mais comuns, como biliar ou alcoólica. A remoção do balão costuma resultar em melhora clínica (3,4).

REFERENCIAS:

1. Iyad Issa, Alaa Taha, Cecilio Azar, Acute pancreatitis caused by intragastric balloon: a case report, Obes. Res. Clin. Pract. 10 (2016) 340–343.
2. Mohammed A, E, Benmousa A: Acute Pancreatitis Complicating Intragastric Balloon Insertion. Case Rep Gastroenterol 2008;2:291-295.
3. N. Gore et al. / International Journal of Surgery Case Reports 45 (2018) 79–82
4. Aljiffry M, Habib R, Kotbi E, Ageel A, Hassanain M, Dahlan Y. Acute pancreatitis: a complication of intragastric balloon. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2017;27:456–9.

Palavras-chave: pancreatite aguda;urgencia pancreatica;urgencia endoscopica.

**O DESAFIO DO SEGUIMENTO ONCOLÓGICO EM PACIENTE PORTADOR DE POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR**

*LUDIMILA VARGAS FRAGA; ALLAN GONÇALVES HENRIQUES; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO; MÔNICA VIEIRA PACHECO; FELIPE DE CASTRO PIMENTEL; SABRINA DE SOUZA RAMOS; JOÃO PEDRO DE CASTRO CARVALHO NÓIA; KÉZIA DE SOUZA PINHEIRO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**INTRODUÇÃO:**

A POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF) É UMA SÍNDROME DE HERANÇA AUTOSSÔMICA DOMINANTE, CAUSADA POR MUTAÇÃO DO GENE APC, COM PENETRÂNCIA INTESTINAL COMPLETA PARA CÂNCER COLORRETAL (CCR). UMA VEZ DIAGNOSTICADA, É MANDATÓRIO O TRATAMENTO CIRÚRGICO PROFILÁTICO, SENDO PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM BOLSA ILEAL A CIRURGIA PADRÃO OURO.

**RELATO DO CASO:**

PACIENTE MASCULINO, 27 ANOS, SEM COMORBIDADES, SUBMETIDO A COLECTOMIA SUBTOTAL, SEPULTAMENTO DE COTO RETAL E ILEOSTOMIA POR ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR ADENOCARCINOMA DE RETOSSIGMOIDE (pT4AN1BMx) E MÚLTIPLOS PÓLIPOS ADENOMATOSOS. REALIZOU QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE (FOLFOX) E VIGILÂNCIA ONCOLÓGICA COM RETOSSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA, QUE REVELOU LESÃO VEGETANTE DE COTO RETAL COM ACHADO DE ADENOCARCINOMA INVASOR. NO ESTADIAMENTO, FORAM ENCONTRADAS IMAGENS SUGESTIVAS DE IMPLANTES PULMONARES, SENDO REINICIADA TERAPIA QUIMIOTERÁPICA. PORÉM, APÓS POUCAS SESSÕES, PACIENTE ABANDONOU TRATAMENTO DEVIDO AOS EFEITOS ADVERSOS DOS QUIMIOTERÁPICOS. RETORNOU AO AMBULATÓRIO, COM RELATO DE HEMATOQUEZIA, FEBRE, SINAIS SÉPTICOS E DOR ANAL REFRATÁRIA. FEITO EXAME PROCTOLÓGICO SOB SEDAÇÃO, COM TUMORAÇÃO FISTULIZANTE A 5 CM DA BORDA ANAL, ABSCEDADO ATÉ MUSCULATURA SUPRA-ELEVADORA DO ÂNUS E NECROSE CUTÂNEA. PROCEDIDO COM DRENAGEM AMPLA, DEBRIDAMENTO E INÍCIO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PARA SÍNDROME DE FOURNIER. APÓS RESOLUÇÃO DO QUADRO AGUDO, REALIZADA AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO. NA HISTOLOGIA DA PEÇA CIRÚRGICA, FOI ENCONTRADO ADENOCARCINOMA TUBULOPAPILAR COM INVASÃO ANGIOLINFÁTICA, PERINEURAL E DE VESÍCULA SEMINAL, COM MARGENS CIRÚRGICAS COMPROMETIDAS. APÓS A ALTA, PACIENTE REINICIOU QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE. ATUALMENTE, EM SEGUIMENTO TAMBÉM COM A UROLOGIA DEVIDO A DISFUNÇÃO ERÉTIL PÓS-OPERATÓRIA.

**DISCUSSÃO:**

PACIENTES PORTADORES DE PAF DEVEM SER TRATADOS CIRURGICAMENTE DE FORMA PRECOCE E, SEMPRE QUE POSSÍVEL, DESDE QUE TODA MUCOSA DE RISCO SEJA RETIRADA, A MANUTENÇÃO DA CONTINÊNCIA ANAL DEVE SER PRESERVADA. SABE-SE QUE, AS COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS DAS MODALIDADES CIRÚRGICAS RADICAIS ACARRETAM DANOS PSICOSSOCIAIS, SOBRETUDO EM PACIENTES JOVENS. NESTE RELATO DE CASO, TRATANDO-SE DE URGÊNCIA CIRÚRGICA, FAIXA ETÁRIA JOVEM E COTO RETAL APARENTEMENTE VIÁVEL, OPTOU-SE POR UMA CIRURGIA COM PRESERVAÇÃO ESFINCTERIANA E, POR ISSO, TAL ABORDAGEM REQUER VIGILÂNCIA ONCOLÓGICA RIGOROSA DO RETO REMANESCENTE, POIS UMA VEZ PRESENTE A MALIGNIDADE, HÁ UMA TENDÊNCIA AO COMPORTAMENTO AGRESSIVO E INVASOR.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

HALF, E.; BERCOVICH, D.; ROZEN, P. Familial adenomatous polyposis. **Orphanet journal of rare diseases**, v. 4, n. 22, p. 22, 2009.

CHUNG, D.C.; RODGERS, L.H. Familial adenomatous polyposis: Screening and management of patients and families. **UpToDate**. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/>. Acesso em: 01/10/2022.

VALADÃO, M; CASTRO, L.S. Artigo de Atualização CÂNCER COLO-RETAL HEREDITÁRIO - **COLORECTAL HEREDITARY CANCER-UPDATE**. v. 34, 2007.

Palavras-chave: Polipose adenomatosa familiar;Câncer colorretal;Seguimento oncológico.

**OBSTRUÇÃO INTESTINAL RARA : VOLVO DE SIGMOIDE E HÉRNIA TRANSMESENTERICA**

*WALERIA GRAMILICH BARATELLA; JULIA DELA FUENTE DA FONSECA; ARTHUR CARVALHO SILVA; LUDIMILA VARGAS FRAGA. HUCAM, VITORIA - ES - BRASIL.*

N.L.S., masc., 60 anos, Etilista e Tabagista, sem comorbidades ou cirurgias prévias, admitido em serviço terciário com quadro de dor abdominal súbita, difusa, em cólica, iniciada há 20 horas antes da admissão, associada a vômitos. Na admissão, paciente em grave estado geral, taquicárdico, hipotenso, em uso de vasopressores, apresentando em exame abdominal irritação peritoneal.Radiografia de abdome agudo evidenciando imagem sugestiva de Volvo de Sigmóide. Paciente encaminhado a Laparotomia Exploradora de urgência, confirmando a hipótese diagnostica, evidenciado Hérnia Interna assoaciado a Volvo de Sigmoide, causando obstrução em alça fechada e consequentemente isquemia de grande parte de intestino delgado e cólon sigmóide. Realizada Enterectomia Segmentar a 160 cm do ângulo de Treitz até 5 cm da Válvula Ileocecal (160cm de delgado remanescente), e Retossigmoidectomia com anastomose jejuno-cólon ascendente e colostomia terminal de colon descendente com sepultamento de coto retal. Paciente seguiu com melhora clínica e hemodinâmica no pós-operatório. No entanto, no 7 pós-operatório, evoluiu com piora clinica, instabilidade hemodinâmica e hiperlactemia, sendo submetido a nova abordagem, devido a Deiscência de Anastomose com peritonite fecal, Colectomia direita, com ileostomia terminal e confecção de fístula-mucosa do Cólon Transverso. Paciente seguiu em grave estado geral associado a instabilidade hemodinâmica refratária ao uso de drogas vasoativas no pós-operatório imediato, evoluindo a óbito no 8º pós-operatório da primeira cirurgia e 1º pós operatorio da reabordagem.
Discussão: A Hérnia Interna Tansmesenterica é um tipo raro de hérnia abdominal, correspondendo a cerca de 0,9% das obstruções intestinais. Hérnia internas podem ser congênitas, mas mais comumente estão relacionadas ao trauma ou a abdome agudo inflamatório . As hérnias transmesentéricas correspondem cerca de 10% de todos os casos de hérnia interna, e apesar de congênitas, podem acontecer em qualquer idade. Além disso, o Volvo de Sigmoide é também relativamente incomum, responsável por 10% das obstruções intestinais, sendo sua principal localização ceco e sigmoide, geralmente ocorre em idosos, com idade média de 70 anos e tem maior incidência em homem, e quando sua rotação atinge mais de 180º pode causar obstrução em alça fechada.
CONCLUSAO correlação entre Hérnia Interna e Volvo de Sigmóide são patologias raras e com alta morbidade, porém, o diagnóstico sindrômico de obstrução intestinal deve ser prontamente realizado mesmo em serviços de baixa complexidade, principalmente com auxílio de Radiografia de Abdome Agudo e quadro clínico do paciente de obstrução intestinal.É inegável, que vários fatores podem contribuir para o desfecho,sendo o principal: tempo entre o diagnóstico e o tratamento, associado aos cuidados pós operatórios. Dessa forma,é necessário, alta suspeição diagnóstica para o encaminhamento ao serviço de referência e a implantação definitiva:tratamento cirúrgico precocemente

Palavras-chave: #obstrucaointestinal;#herniainterna;#volvodesigmoide.

**PACIENTE JOVEM COM ADENOCARCINOMA MUCINOSO RETAL AVANÇADO DE EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL**

*MATIAS LIMA FERREIRA COSTA; ALLAN GONÇALVES HENRIQUES; LUDIMILA VARGAS FRAGA; DANIELA FARIAS MOREIRA; VICTOR MOULIN MARABOTI; MÔNICA VIEIRA PACHECO; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**Introdução:**
O Adenocarcinoma colorretal do tipo “células em anel de sinete” é uma neoplasia rara mais frequente em adultos, sendo o estômago o sítio mais acometido. Porém, mais raramente outros órgãos podem ser afetados, como o cólon, reto, vesícula biliar, bexiga, pâncreas e mama. Frequentemente, o diagnóstico é dado em estágios avançados devido à sintomatologia tardia, sendo o estudo anatomopatológico (EAP) indispensável para o diagnóstico definitivo.

**Relato do caso:**
Paciente masculino, 22 anos, admitido na urgência por abdome agudo obstrutivo, com presença de lesão vegetante a 4 cm da borda anal. Ao exame encontrada tumoração vegetante em reto baixo, estenose focal e linfonodomegalias adjacentes, com invasão extramural e de fáscia mesorretal, sem plano de clivagem com as vesículas seminais. Submetido à sigmoidostomia terminal e biópsia da lesão suspeita. No EAP, foi dado diagnóstico de Adenocarcinoma mucinoso do tipo células em “anel de sinete” (pT4bN1bMx), sem lesões à distância no estadiamento. Após boa evolução clínica, paciente recebeu alta no 4º pós-operatório e encaminhado para tratamento oncológico. Entretanto, após quimiorradioterapia neoadjuvante, paciente não atingiu downstaging completo, sendo indicada cirurgia de resgate. Realizada amputação abdominoperineal de reto, cuja peça cirúrgica evidenciou o mesmo diagnóstico histológico prévio, porém com estadiamento pT2N1aMx, sendo iniciada QT adjuvante. Após poucos meses de seguimento ambulatorial, apresentou urgência dialítica pós-renal por obstrução secundária à recidiva com invasão de bexiga, uretra e óstios ureterais bilaterais. Realizada tentativa de uretrotomia interna, sem sucesso, com posterior cistostomia e nefrostomia bilateral. Apresentou boa evolução clínica, recebeu alta no 4º pós-operatório da abordagem urológica.

**Discussão:**
Neste relato, verifica-se achados clínicos que traduzem uma urgência cirúrgica, destacando-se a invasão de órgãos adjacentes, corroborando a literatura no tocante ao diagnóstico tardio. Nesse cenário,é notório o desafio do diagnóstico precoce, sobretudo em indivíduos jovens, bem como a intuição de terapia adequada em estágios iniciais para melhor prognóstico. Portanto, é de grande importância frente a suspeita diagnóstica, a avaliação adequada por meio do exame clínico completo, exames de imagem e colonoscopia, com EAP em fases precoces. A abordagem da doença em estágios iniciais aumenta consideravelmente a sobrevida dos pacientes.

**Referências:**
AN, Y. et al. Clinicopathological and Molecular Characteristics of Colorectal Signet Ring Cell Carcinoma: A Review. **Pathology and Oncology Research**, v. 27, 26 jul. 2021.
GOPALAN, V. et al. Signet-ring cell carcinoma of colorectum—current perspectives and molecular biology. **International Journal of Colorectal Disease**, v. 26, n. 2, p. 127–133, 5 ago. 2010.
ARIFI, S.; ELMESBAHI, O.; AMARTI RIFFI, A. Primary signet ring cell carcinoma of the colon and rectum. **Bulletin du Cancer**, v. 102, n. 10, p. 880–888, out. 2015.

Palavras-chave: Câncer colorretal;Adenocarcinoma;Anel de sinete.

**Abscesso Hepático Piogênico em Neonato: Diagnóstico de urgência.**

*ARTHUR CARVALHO SILVA; JULIA DELA FUENTE DA FONSECA; WALERIA GRAMILICH BARATELLA. HUCAM, VITORIA - ES - BRASIL.*

RN prematuro, 28 sem.,nascido de PC devido a descolamento prematuro de placenta e doença hipertensiva da gestação. No 6o dia de vida evoluiu com piora clínica e laboratorial, sendo iniciado oxacilina e amicacina. No 9o dia de vida evoluiu com distensão abdominal, hiperemia e dor a palpação de hipocôndrio direito. Realizada transferência para serviço de referência em cirurgia pediátrica com hipótese diagnóstica de enterocolite necrotizante perfurada. No 12 dia de vida paciente apresentou piora clínica com aumento do plastrão em epigastrio sendo realizada laparotomia exploradora e identificado abcesso hepático solitário extenso com áreas de necrose e líquido peritoneal sanguinolento. Hemocultura e cultura do líquido peritoneal revelaram crescimento de S. epidermidis sensível a linezolida. Paciente recebe alta hospitalar após 52 dias de linezolida e 16 dias de meropenem e USG de controle demonstrando redução gradativa do volume do abcesso hepático.Abcesso hepático é uma entidade de difícil diagnóstico no período neonatal, com sintomas altamente inespecíficos e comumente relacionados a sepse.O abcesso pode ser único ou múltiplo, com pequena predominância pelo lobo direito. Inserção inadequada do cateter venoso umbilical e sepse com hemocultura positiva são os fatores predisponentes mais comuns, seguidos de enterocolite necrotizante, cirurgia abdominal prévia. A USG é o método diagnóstico de escolha na suspeita, devido a disponibilidade, custo e portabilidade, com sensibilidade reportada de 80 a 90%. Os agentes etiológicos principais no abcesso hepático são variáveis na literatura, sendo os mais comuns Staphylococcus aureus, S. coagulase negativo, Streptococus do grupo A, etiologia polimicrobiana é observada em 50% dos casos.O tratamento envolve antibioticoterapia prolongada associada ou não de abordagem cirúrgica e/ou drenagem percutânea. Critérios para definir entre a abordagem aberta ou drenagem percutânea, recomendando inicialmente antibioticoterapia isolada para abcessos de lobo direito menores que 6cm, reservando a drenagem percutânea para pacientes em sepse apesar de 48-72 horas de tratamento, pacientes com abcesso solitário maior que 6cm ou com sinais de iminente ruptura. O tratamento cirúrgico foi inicialmente indicado em casos de abcesso roto, abcessos com pus espesso, casos com múltiplos abcessos, abcessos de lobo esquerdo do fígado ou casos com outra patologia intra-abdominal associada.Abcesso hepático é uma condição particularmente incomum no período neonatal. Seu diagnóstico precoce depende de alto índice de suspeição e envolve diagnóstico diferencial com sepse e enterocolite necrotizante. O uso precoce da ultrassonografia para rastreio de abcesso hepático deve ser considerada principalmente nos pacientes pré-termo e com fatores de risco.O tratamento envolve antibioticoterapia associada ou nao a abordagem cirurgica, os criterios pra escolher entre a abordagem aberta ou percutanea permanecem indefinidos e nao testados em neonatos.

Palavras-chave: #abscessohepatico;#neonato;#cirurgiapediatrica.

**Diagnóstico e tratamento da hemorragia pós-parto na prevenção do choque hipovolêmico**

*STEFANNY GUSMÃO COUTINHO VICENTE; YASMIN FAZOLIN AMORIM; JÚLIA DE CARVALHO ANTONIO; LARA FACHETTI DE SOUZA; GABRIELA TOLENTINO ORLETTI; ISA CERCHI ARRUDA; MARCELA SOUZA LIMA PAULO. EMESCAM, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

**Objetivo:** Descrever os métodos mais utilizados no diagnóstico e no tratamento da Hemorragia Pós-parto (HPP) para prevenir o choque hipovolêmico. **Método:** Revisão realizada no ano de 2022 utilizando as bases de dados MEDLINE e LILACS, por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), aplicando a combinação dos descritores: "*Hypovolemic Shock*" AND *Postpartum* AND *Treatment.* Os critérios de inclusão utilizados foram a disponibilidade de texto completo gratuito, publicados nos últimos 5 anos (2017 a 2022), escritos em português, inglês e espanhol. **Resultados:** Dos sete artigos selecionados verificou-se que a HPP é definida como uma perda de mais de 500 ml de sangue, que pode começar antes mesmo do parto, e é responsável por 25% das mortes maternas no mundo, sendo a principal causa de choque hipovolêmico na gravidez. Contudo, a maioria das complicações pode ser prevenida, sendo essencial o reconhecimento precoce e o tratamento adequado da HPP para garantir que a gestante não entre em um quadro de choque. Com relação ao diagnóstico, observou-se um desafio descrito nos estudos, uma vez que algumas alterações hemodinâmicas podem mascarar a HPP presente. Nesse sentido, foi encontrado dois tipos de índices, chamados Índice de Choque (IC) e Índice Delta de Neutrófilos (DNI), que podem detectar instabilidade hemodinâmica e hipovolemia, auxiliando no diagnóstico em conjunto com a avaliação clínica e prevendo a gravidade da hemorragia e a necessidade de transfusão maciça. Sendo assim, os artigos comprovaram que esses índices iniciais foram maiores em pacientes que vieram a precisar de transfusão maciça do que naqueles que não necessitaram. Em relação ao tratamento da HPP, podemos constatar a massagem uterina, reposição de líquidos, uterotônicos, cirurgias e utilização de dispositivos, como o Balão Uterino de Tamponamento (UBT) e o traje antichoque não pneumático, que previnem complicações da HPP e a progressão do choque, uma vez que diminuem e controlam o fluxo sanguíneo, interrompendo a hemorragia. Nesse mesmo aspecto, pode-se analisar nos estudos que em mulheres com HPP não controlada, derivada de atonia uterina, a utilização do UBT apresentou altas taxas de sobrevivência (99,4%) e 0 casos de progressão do choque. Além disso, o início da utilização do traje diminuiu 55% da mortalidade materna ao redor do mundo. **Conclusão:** Apesar de serem limitados os meios para se diagnosticar precocemente a HPP - avaliação clínica, IC e DNI, ao utilizá-los em conjunto se tornam parâmetros com significância adequada. Em contrapartida, existe uma enorme diversidade de tratamentos, que podem contar com o uso do UBT e do traje antichoque para prevenir complicações da HPP e evitar um choque hipovolêmico.

Palavras-chave: Hemorragia Pós-Parto;Tratamento;Choque Hipovolêmico.

**Relato de caso: Esquistossomose peritoneal como diagnóstico diferencial de carcinomatose peritoneal**

*CARLOS ANDRÉ DAHER SANTOS; JULIETE BOREL DE OLIVEIRA SILVA AGUIAR; DANIELLI SOUZA SANT'ANA; JULIA DELA FUENTE DA FONSECA; SAMUEL ESTEVÃO DE ANDRADE MOURA; OBERDAN DE CASTRO PINTO; YOHANN MATOS DE AQUINO; VICTÓRIA COUTINHO COSTA. UFES, VITORIA - ES - BRASIL.*

INTRODUÇÃO:
As esquistossomoses são doenças produzidas por trematódeos do gênero Schistossoma que, para o homem, têm como principais agentes etiológicos as espécies S. mansoni, S. haematobium e S. japonicum. No Brasil o mais importante é o S. mansoni sendo veiculado por caramujos do gênero Biomphalaria. A doença depende da resposta do hospedeiro à infiltração, desenvolvimento, produção e deposição de ovos do verme, podendo se apresentar de forma aguda e crônica.

RELATO DO CASO:
E.D, 40 anos, masculino, deu entrada no hospital com dor abdominal de forte intensidade com início há 3 dias, em região periumbilical com irradiação para FID e com descompressão brusca positiva em ponto de McBurney, associada a obstipação e hiporexia.
A tomografia pré-operatória demonstrou uma apendicite aguda não complicada. Na abordagem intra-operatória videolaparoscópica foi observado uma apendicite fase II além da presença de lesões brancacentas em peritônio visceral de delgado, sugestivas de carcinomatose peritoneal, as quais foram biopsiadas. O laudo histopatológico revelou múltiplos granulomas hialinizados contendo em seu interior ovos espiculados sugerindo S. mansoni. O paciente foi encaminhado ao ambulatório de infectologia para dar seguimento ao tratamento.

DISCUSSÃO:
Apesar de rara, a forma crônica pseudotumoral intestinal e peritoneal da esquistossomose é importante pelos sintomas e pelas complicações que causa. No peritônio tende a formar nódulos ou espessamentos fibrosos, simulando, com frequência, tuberculose ou carcinomatose peritoneal.
Os achados clínicos nesses casos podem incluir dor abdominal intensa, obstrução intestinal, emagrecimento, anorexia, tumoração palpável e distensão abdominal. O diagnóstico de certeza é através da biópsia.
O tratamento consiste no uso de drogas antimoniais que, apesar de não haver dados em relação ao efeito da droga na forma crônica pseudotumoral peritoneal, tem argumentos a favor do tratamento como: efeitos colaterais da droga leves e a eliminação do verme adulto, eliminando a postura de ovos, interrompendo a progressão da doença. O tratamento em conjunto com a educação sanitária são os fatores mais eficazes no controle da doença.
Este relato visa enfatizar a necessidade de considerar a esquistossomose nos diagnósticos diferenciais de lesões tumorais peritoneais, visto que o Brasil está entre os países com a maior prevalência desta doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
Pordeus L. C., et al. A ocorrência das formas aguda e crônica da esquistossomose mansônica no Brasil no período de 1997 a 2006: uma revisão de literatura. Epidemiol. Serv. Saúde v.17 n.3, Brasília, set. 2008.
Raso, P. et al. A Forma Pseudotumoral da Esquistossomose mansoni, intestinal e peritoneal, relatada em 108 anos de publicações sobre Esquistossomose no Brasil e no Exterior. Revista Médica de Minas Gerais, Belo horizonte-MG, Vol 27 n.1917, jan-dez. 2017.

Palavras-chave: abdome agudo, apendicite aguda, lesões peritoniais;carcinomatose peritoneal, esquistossomose;forma pseudotumoral intestinal/peritoneal.

**Diverticulite complicada associada a abdômen agudo obstrutivo**

*ALBERTO HENRIQUE DE JESUS BRITO; WALERIA GRAMILICH BARATELLA; JULIA DELA FUENTE DA FONSECA. HUCAM, VITORIA - ES - BRASIL.*

L.G.S. feminina, 73 anos, DM 2 e HAS, admitida em pronto socorro de hospital terciário, com dor abdominal difusa associada a constipação há 10 dias, precedida de diarreia pastosa com muco e raias de sangue, náuseas e 1 episódio de vômitos, sem febre, perda ponderal ou outros sintomas constitucionais. Previamente ao quadro refere ingesta em grande quantidade de jabuticaba. Procurou por atendimento em pronto atendimento, onde foram realizadas medidas laxativa, sem sucesso. À admissão, regular estado geral, desidratada, taquicardica, eupneica em ar ambiente, abdômen distendido, hipertimpanico, RHA reduzidos, doloroso a palpação em hipogastro e fossa ilíaca esquerda, sem sinais peritonite. Toque retal sem lesões palpáveis, ampola retal vazia e sem fezes ou sangramento em dedo de luva. Exames: Hb 10,3 g/dl, 13370 leucócitos sem desvio, potássio 3.1, PCR 220, lactato 2,2, creatinina 0,8, CEA 1,7. Rx abdômen agudo: distensão gasosa em delgado e colóns, sem pneumoperitônio.Tomografia de abdôme: espessamento de parede e estreitamento luminal a nível de cólon descendente, grande distensão a montante em todo cólon, associado a diversas imagens ovalares ocupando todo cólon transverso e descendente - caroços de jabuticaba. Devido ao quadro obstrutivo foi realizada Colectomia esquerda oncológica – durante intraoperatorio: espessamento no cólon descendente, sem evidências de perfurações, coleções ou lesão transmural, associado a processo desmoplasico com aderências firmes entre bexiga- cólon- parede abdominal. Optado por anastomose cólon retal manual em dois planos – paciente estável durante ato cirúrgico e apresentado margens seguras, com bom aspecto para anastomose primária. Sem evidências de lesões hepáticas, outros segmentos colonico ou implantes peritoneais. Paciente evoluiu bem, aceitando dieta e com anastomose pervia para flatos e fezes, tendo alta no 5• dia pós operatório. Resultado de laudo histopatologico: diverticulite com acentuada inflamação transmural, edema e congestão vascular, tendo oito linfonodos com estado reativo simples. Discussão: A diverticulite complicada está entre os diagnósticos diferenciais para abdômen agudo inflamatório/ perfurativo nos pacientes idosos, tendo como referência a “apendicite a esquerda”, dada a sua prevalência após os 45-50 anos. No caso vimos uma paciente com um quadro agudo obstrutivo, associado a idade e exames de imagem sugerindo uma possível causa neoplasica (adenocarcinoma de cólon esquerdo/ transição retossigmoide).O quadro pode vir acompanhado de febre, prostração, dor abdominal, leucocitose e provas de atividade inflamatória elevadas. A TC abdomen é o exame padrão ouro para diagnóstico e classificação- Hinchey – orientando o tratamento preferencial. Os pacientes necessitam seguimento ambulatorial adequado, para realizar exames periódicos, dentre eles a colonoscopia no que tange a diverticulose e rastreio do câncer colorretal.

Referências:Acute colonic diverticulitis: Medical management/ uptodate

Palavras-chave: Diverticulite/ diverticulose/ abdômen agudo;Neoplasia colorretal;Abdômen agudo obstrutivo / abdômen agudo inflamato.

**METASTASES IMPROVAVEIS: NEOPLASIA UTERINA METASTATICA PARA COLON ESQUERDO**

*WALERIA GRAMILICH BARATELLA; ARTHUR CARVALHO SILVA; JULIA DELA FUENTE DA FONSECA; LUDIMILA VARGAS FRAGA. HUCAM, VITORIA - ES - BRASIL.*

JF, sexo feminino, 66 anos, previamente hipertensa, admitida em hospital terciário devido quadro de hematoquezia de repetição em contexto pós-Quimioterapia/Radioterapia para tratamento de neoplasia de colo uterino com diagnostico em março/2021 (carcinoma de células escamosas bem diferenciado – estádio IIIb). Colonoscopia evidenciado lesão estenosanteem sigmoide, intransponível pelo colonoscópio e com biópsias negativas para malignidade. Paciente realizou tomografias para estadiamento com achados de lesão pulmonar sugestiva de metástase e lesões ósseas líticas também sugestivas de doença a distancia. RNM de pelve sugeriu achados actínicos para lesão em sigmóide. Paciente foi submetida a retossigmoidectomia ampliada com colostomia a Hartmann, no qual foram evidenciados duas lesões sugestivas de neoplasia: uma em ângulo esplênico e outra em transição retossigmoide. Estudo histopatológico evidenciou Carcinoma anaplásico com imunohistoquimica evidenciando carcinoma não pequenas células com provável origem o colo uterino. Também realizado biopsia de nódulo pulmonar com análise histopatológica de carcinoma de células escamosas. Paciente recebeu alta no 10º dia pós operatório e segue em tratamento ambulatorial.
Câncer de colo uterino é o 2 tipo mais comum em mulheres e cerca de 90% dos casos se relaciona a infecção por HPV. Mais comumente, o CA de colo uterino invade os órgãos adjacentes ou metástase a distancia com disseminação linfática. Os sítios mais comuns de metástase a distância são os pulmões, fígado e ossos (Siegel, ET AL 2015).Metástases intestinais são extremamente raras e indicam pior prognostico devido aos sintomas suboclusivos, causando também desnutrição (Yu, ET AL, 2015). No caso em questão, a paciente apresentando uma neoplasia localmente avançada de colo uterino com metástases para vários sítios. A hematoquezia inicialmente levantou suspeita para retiteactinicapos RT, apresentação mais comum, no entanto, confirmou-se como metástase de colo uterino confirmado por estudo imunohistoquimico.
a neoplasia de colo de útero ainda trás alta morbimortalidade na realidade atual, tendo rastreio bem estabelecido. No contexto de paciente que se apresenta com hematoquezia ou sintomas suboclusivos, com diagnostico prévio de neoplasia de colo uterino, deve-se aventar a possibilidade de metástase intestinal.

Palavras-chave: #neoplastiauterina;#metastase;#colonesquerdo.

**HEMANGIOMA INTRAMUSCULAR: RELATO DE CASO**

*JULIA DELA FUENTE DA FONSECA; GIORDANO BRUNO CORAÇÃO BUNICENHA; ARTHUR CARVALHO SILVA; WALERIA GRAMILICH BARATELLA. HUCAM, VITORIA - ES - BRASIL.*

Paciente 32 anos, do sexo masculino, HIV positivo, com antecedente de orquiectomia direita por seminoma, que ao exame físico apresentava tumoração de grandes dimensões em região de músculo deltóide à esquerda, cursando com limitação de movimentos no membro superior esquerdo e dor moderada, com piora havia 5 meses. A tomografia pré-operatória de ombro esquerdo mostrava formação expansiva, medindo cerca de 12,2 x 8,2 x 7,6 cm, composta por múltiplas formações vasculares ectasiadas que apresentavam nutrição e drenagem pelos vasos subclávios. O paciente foi encaminhado para realização de Arteriografia com Embolização (Abril/2022) dos principais vasos nutridores da lesão com intuito de facilitar o processo cirúrgico. Foi optado pela não realização de biópsia incisional devido ao grande risco de sangramento. Posteriormente (Abril/2022), o paciente foi submetido a exérese ampla da lesão em região de deltoide esquerdo com ressecção de fibras musculares envolvidas. Este paciente teve boa evolução pós operatória e pequeno déficit motor na abdução do braço acometido, devido a ressecção segmentar do deltoide, mantendo bom status funcional, reabilitação e melhora progressiva da dor. O laudo histopatológico revelou Hemangioma intramuscular

Os Hemangiomas Intramusculares (HI) são tumores vasculares raros, de etiologia pouco conhecida, que ocorrem mais comumente nas primeiras três décadas de vida. Estes tumores são comumente classificados histologicamente, de acordo com o calibre dos vasos presentes na lesão. O quadro clínico cursa com dor e inchaço local, com duração de meses ou anos, frequentemente nos membros, como no caso em questão. A investigação de quadros suspeitos de HI deve incluir exames de imagem, inicialmente radiografia e ultrassonografia, sendo a Tomografia Computadorizada e, especialmente, a Ressonância Magnética, opções que permitem afastar características de malignidade. Apesar de estas lesões poderem involuir espontaneamente, com melhora de sintomas, o tratamento de escolha usualmente é a excisão cirúrgica com margens amplas, conduta adotada neste caso, pela capacidade de excluir a presença de malignidade em toda a extensão da lesão e pela diminuição do risco de recorrência local, o que pode acontecer em até 20% dos casos, sendo a excisão incompleta um importante fator de risco para tal recorrência.

Apesar de sua característica benigna, os hemangiomas intramusculares podem gerar deformidades visíveis, incapacidade laboral, erosão progressiva em ossos adjacentes e assim torná-los susceptíveis a fraturas ou trombose local. Portanto, deve ser considerado como diagnóstico diferencial em lesões musculoesqueléticas para devido tratamento em tempo hábil, prevenindo incapacidades a longo prazo.

Palavras-chave: HEMANGIOMAINTRAMUSCULAR;ONCOLOGIA;HEMAMGIONA.

**INTUSSUSCEPÇÃO INTESTINAL EM ADULTO: DIAGNOSTICO RARO**

*ARTHUR CARVALHO SILVA; JULIA DELA FUENTE DA FONSECA; WALERIA GRAMILICH BARATELLA; ALBERTO HENRIQUE DE JESUS BRITO; FILIPE FAÉ. HUCAM, VITORIA - ES - BRASIL.*

RLH, 33 anos, sem comorbidades ou cirurgias previas, etilismo social, nega tabagismo, nega histórico de neoplasias, foi atendido em serviço terciário com relato de alteração de hábito intestinal há 3 meses, com predomínio de constipação, assoaciado a hematoquezia, perda ponderal, anemia e dor em fossa ilíaca esquerda. Durante propredeutica externa, foi solicitado USG de abome superior evidenciando massa em topografia de sigmóide, colonoscopia evidenciando lesão estenosante sugestiva de processo neoplasia de colon sigmóide e Tomografias de abdome e pelve com sinais de intussuscepção colo-colica com invaginacao de alça de colon sigmóide superior e gordura mesentérica no colon sigmóide médio e linfonodos mesentéricos proeminentes de aspecto reacional. Foi submetido no mesmo dia da admissão a laparotomia exploradora com identificação de intussuscepção de colon sigmóide alto, realizado então sigmoidectomia oncologica com colon-reto anastomose primaria manual e alocação de dreno TL para vigilância de anastomose e necessidade de transfusão de 2 concentrados de hemácias intraoperatorio. Paciente evoluiu bem no pós operatório, com evacuações fisiológicas, sem evidencias de sangramentos, tendo alta no 4º pós operatório, retornando para seguimento ambulatorial com laudo histopatológico de Adenocarcinoma SOE T3N0M0

Discussao:

A intussuscepção intestinal em adultos é uma entidade rara, que difere em vários aspectos daquela observada na faixa etária pediátrica. Permanece como um desafio diagnóstico para a maioria dos cirurgiões, principalmente por apresentar grande variedade de sintomas, muitas vezes predominando sintomatologia crônica. A maioria das séries atuais mostram que, em aproximadamente 90% dos pacientes, há uma causa anatômica ou patológica subjacente à intussuscepção sendo, na grande parte das vezes, secundária a uma lesão definida com potencial significativo de malignidade.

Conclusao:

A intussuscepção em adultos é uma condição rara e desafiadorapor seu diagnóstico difícil, devido ao baixo grau de suspeição, associado à sintomatologia subaguda e inespecífica. Nas crianças é, na maioria das vezes primária e de natureza benigna, em adultos é quase sempre associada a uma lesão orgânica e requer tratamento cirúrgico. Ressecções oncológicas em monobloco devem ser realizadas nos casos de acometimento colônico e ileocecal pelas possibilidades de malignidade e de perfuração. Importante suspeitar em casos de clinica de suboclusao / oclusão intestinal e seu diagnostico pode ser feito por exame de imagem e tratamento cirúrgico de urgência.

Palavras-chave: intussuscepcaointestinal;coloproctologia;neoplasiacolon.

**Obstrução Intestinal por Íleo Biliar - Relato de Caso**

*GABRIELLA CAMILO AGUIAR SILVA; JULIA SILVEIRA ANDRADE; IZABELLA GRAZIEL RABELO; LUCIANO VASCONCELLOS QUINELLATO. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA, BARRA MANSA - RJ - BRASIL.*

Íleo biliar é denominado pelo quadro de obstrução intestinal mecânica decorrente da impactação de um ou mais cálculos biliares que atingem a luz intestinal através de fístulas bilio-digestivas. Representa uma rara e grave complicação da colelitíase, sendo a faixa etária a cima de 65 anos a mais acometida. Apresenta-se com sintomas inespecíficos de abdome agudo podendo ser confundido com outras etiologias, levando a um atraso diagnóstico e terapêutico. A tomografia computadorizada é hoje o padrão ouro no diagnóstico do íleo biliar, mas, o diagnóstico também pode ser obtido através da radiografia, com a presença da tríade de Rigler: distensão de alças intestinais, pneumobilia e presença de cálculos radiopacos intraluminais. O conhecimento prévio dessa patologia é de grande importância pois o diagnóstico tardio leva a alta taxa de morbidade e mortalidade. Relatamos o caso de um paciente de 56 anos apresentando quadro de obstrução intestinal decorrente da impactação de um cálculo biliar em região de íleo terminal. Tratado cirurgicamente com achados intraoperatórios de perfuração de segmento de jejuno, liquido livre em cavidade abdominal e bloquei de vesícula biliar pelo grande omento, realizado enterectomia segmentar, retirada do cálculo e enteroanastomose latero-lateral a nível jejunal. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial para programação da cirurgia definitiva.

Palavras-chave: Obstrução intestinal;Íleo Biliar;Colelitíase.

**ATRESIA INTESTINAL TIPO APPLE PEEL: UM CASO RARO COM BOA EVOLUÇÀO CIRURGICA**

*WALERIA GRAMILICH BARATELLA[1]; ARTHUR CARVALHO SILVA[1]; JULIA DELA FUENTE DA FONSECA[1]; JOSE CARLOS FRASSON[2]. 1. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL; 2. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VITORIA - ES - BRASIL.*

Introdução: As atresias intestinais estão entre causas comuns de obstrução intestinal em recém-nascidos, sendo que as atresias múltiplas, do tipo “apple peel” são mais raras. As hipóteses causais mais prováveis são fenômenos vasculares em fases tardias da gestação (JALLES, 2019). Relato de caso: RN sexo feminino, prematuro de 34 semanas de gestação, nascido de parto cesáreo, apgar 9/9, peso 2405g, em hospital referência em gestação de alto risco. USG antenatal evidenciando atresia intestinal, sorologias maternas negativas, 10 consultas de pré-natal. Apresentou no dia do nascimento 03 episódios de vômitos sanguinolentos. Radiografia com contraste oral evidenciando permeabilidade até íleo. Submetido a laparotomia exploradora, sendo evidenciado 04 segmentos atrésicos do intestino do tipo “apple peel”, 03 no jejuno e 01 no íleo. Foram ressecados entre 35 e 40 cm de jejuno e foram feitas duas anastomoses (uma jejunojejunostomia terminolateral e uma ileoileostomia terminoterminal) e também apendicectomia. Iniciado dieta oral no 10º PO, com boa aceitação. Intercorreu com infecção de ferida operatória recebendo antibioticoterapia de largo espectro. Apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar no 22º PO. Acompanhada ambulatorialmente, apresentando bom ganho ponderal e boa evolução psicomotora. Discussão: atresia intestinal do tipo “apple peel” ou variante Grosfeld tipo IIIa é uma má-formação rara, pode estar associada a outras má-formações congênitas e apresenta grande mortalidade, podendo chegar a até 70% de mortalidade no primeiro ano de vida. São relatados associação com cisto de duplicação intestinal (TRIPATHY, 2017). O principal objetivo cirúrgico deve ser preservação da função peristáltica do intestino e prevenir síndrome do intestino curto (JALLES, 2019). A abordagem mais amplamente utilizada são as anastomoses primárias, no entanto, pode-se optar por enterostomias quando há contaminação grosseira da cavidade ou quando há discrepância importante do segmento proximal com o segmento distal do intestino (JALLES, 2019). As enteroplastias, utilizando retalhos intestinais estão entre técnicas menos utilizadas (BURJONRAPPA, 2009). Dentre as complicações mais frequentes estão: infecção, íleo paralitico e síndrome do intestino curto (JALLES, 2019) . No caso descrito, alguns fatores contribuíram para o sucesso da anastomose primária: o curto período de tempo entre o nascimento e a abordagem cirúrgica, o bom estado nutricional do RN e também o diâmetro condizente entre os segmentos proximal e distal. Notadamente deve-se citar a importância do diagnostico precoce das má-formações intestinais, bem como do acesso a centros de tratamento terciários para a boa evolução clinico-cirurgica de casos como o citado. Referencias:Tripathy PK, Pattnaik K, Jena PK, Mohanty HK. Apple-Peel Intestinal Atresia Along with Isolated Jejunal Duplication Cyst in a Newborn - An Extremely Rare Case Report and Brief Review. J Clin Diagn Res. 2017 Jun;11(6):SD01-SD02.

Palavras-chave: ATRESIA INTESTINAL;APPLE PEEL;CIRURGIA PEDIATRICA.

**PERFURACAO INTESTINAL POR CORPO ESTRANHO EM PACIENTE COM HERNIA INICIONAL CRONICAMENTE ENCARCERADA**

*JULIA DELA FUENTE DA FONSECA; ARTHUR CARVALHO SILVA; WALERIA GRAMILICH BARATELLA; ALBERTO HENRIQUE DE JESUS BRITO; FILIPE FAÉ; JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA. HUCAM, VITORIA - ES - BRASIL.*

MSN, 65 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, obesidade grave (IMC 50) em uso de losartana, atenolol e hidroclorotiazida, alergica a dipirona, cirurgias previas de hernioplastia inguinal unilateral aos 12 anos, laqueadura tubaria aos 30 anos, e colecistectomia videolaparoscopica em 2017, foi referencia via pronto atendimento com quadro de hernia abdominal incisional encarcerada, com quadro de dor abdominal iniciada no mesmo dia, associado a hiperemia, calor e rubor local e sensacao de peso, ultima evacuacao no dia anterior, nega nauseas e vomitos, exames laboratorais com elevação de PCR e leucoceitose. Devido a hipótese de hérnia estrangulada indicado cirurgia de urgencia. Realizado Laparotomia Exploradora com evidencia de hernia ventral encarcerada com saco herniario volumoso, e a sua abertura identificado perfuração de alça entérica a 50cm da valvula ileocecal por corpo estranho. Realizado enterectomia segmentar e anastomose, latero-lateral isoperistaltica em 2 planos e hernioplastia incisional.
No pós operatório, paciente evoluiu com quadro de dessaturação e dessaturação, sendo diagnosticado Tromboembolismo Pulmonar segmentar em lobo superior direito e segmento basal do lobo inferior direito em Angiotomografia de tórax, introduzido anticoagulacao plena. Alem disso, paciente apresentava sangramento uterino disfuncional e espessamento endometrial, porem sem repercussão clinica e queda hematimetrica, sendo solicitado a avaliacao da equipe de Ginecologia e realizado curetagem uterina, em aguardo de laudo histopatologico. Paciente apresentou melhora de hemorragia uterina e de concetração de oxigenio arterial, tendo alta no 14º pós operatório.

Discussao:
A ingesta de corpo estranho é uma condição frequente que eventualmente pode causar perfuração gastrointestinal e levar a consequências graves se não identificado. Frequentemente o diagnóstico é intra-operatório, uma vez que as manifestações são inespecíficas e frequentemente confundem com outras condições como apendicite ou diverticulite. Relatos de perfuração por corpo estranho em hérnia incisional são extremamente escassos na literatura e dentre os exemplos mais frequentes estão ossos, espinhas de peixe e palitos de dente. A manifestação da perfuração por corpo estranho pode ter um espectro clínico muito amplo e o diagnóstico pode ser desafiador quando ocorre em pacientes com hérnias cronicamente encarceradas.

Conclusao
Perfuracao intestinal por corpo estranho é uma condição rara porém ameaçadora da vida. O diagnóstico pode ser dificultado na presença de hérnia incisional cronicamente encarcerada, exigindo alto grau de suspeição para o tratamento precoce.

Palavras-chave: herniaincisional;perfuraçãointestinal;enterectomia.

**TUMOR SINCRÔNICO DE CÓLON ASSOCIADO A ACIDOSE HIPOCLORÊMICA: RELATO DE UM CASO DE SINDROME DE McKITTRICK-WHEELOCK MALIGNA**

*WALERIA GRAMILICH BARATELLA; ARTHUR CARVALHO SILVA; JULIETE BOREL DE OLIVEIRA SILVA AGUIAR; MARINA CREMASCO NICOLI; LUDIMILA VARGAS FRAGA; NATANNA SIQUEIRA SPALENZA; JULIA DELA FUENTE DA FONSECA; MÔNICA VIEIRA PACHECO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

Relato de caso: J.M.S., 66 anos, masculino, hipertenso e diabético, admitido em um hospital terciário com constipação crônica, perda ponderal e parada de eliminação de fezes de início recente. Realizada tomografia de abdome que mostrou espessamento parietal do cólon descendente e linfadenomegalia regional. Durante investigação do quadro suboclusivo, paciente evoluiu com abdome agudo perfurativo, sendo submetido a laparotomia exploradora com identificação de distensão difusa de alças de delgado e cólon, perfuração em ceco e peritonite fecal difusa. Evidenciado ponto de estenose em transição retossigmoide de etiologia não definida, sendo feita inicialmente ileocolectomia segmentar, ileostomia terminal e retossigmoidectomia parcial de aproximadamente 10cm, sepultamento de coto retal e sisgmoidostomia proximal. No pós operatório (PO), paciente evoluiu com disfunção renal associada a acidose hipoclorêmica, tratado de forma conservadora com melhora clínica. Realizada colonoscopia pela ostomia, e encontrada lesão em ângulo esplênico, cujo diagnóstico histopatológico foi de adenocarcinoma invasor. Programada então, nova abordagem cirúrgica, onde foram encontrados, além da lesão supracitada, lesões sugestivas de carcinomatose peritoneal. Realizada totalização de colectomia com íleo-reto anastomose término-lateral. Novamente no PO, paciente apresentou disfunção renal com acidose hipoclorêmica, não sendo necessárias medidas invasivas. Diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma colorretal invasor moderadamente diferenciado (T3N1b). Apresentou boa evolução clínica e recebeu alta hospitalar no 8º PO da última abordagem, segue em acompanhamento ambulatorial cirúrgico e oncológico. DISCUSSAO: Os adenocarcinomas de cólon são derivados entre 35-40% de adenomas vilosos de alto grau. Essa patologia pode cursar com diarreia crônica hipersecretiva, distúrbios hidroeletrolíticos, sendo mais comumente encontrados hipocalemia, hipocloremia e acidose metabólica. Esse conjunto de sintomas associados são conhecidos como síndrome de McKittrick-Wheelock maligna, que é considerada uma condição rara, embora seja subdiagnosticada. Esta é um importante diagnostico diferencial a ser considerado, e é uma causa reversível que sem tratamento adequado pode chegar a 100% de mortalidade e o tratamento definitivo inclui tratamento cirúrgico do adenocarcinoma associado a terapia clinica. CONCLUSÃO: câncer colorretal é uma das neoplasias mais comuns do mundo, apresenta rastreio bem estabelecido com redução significativa da mortalidade. No caso em questão, trata-se de um paciente sem rastreio prévio da neoplasia, sendo admitido já com doença avançada. As intercorrências clínico-cirúrgicas no paciente cirúrgico devem ser prontamente reconhecidas e manejadas pelo cirurgião, garantindo desfecho favorável.

Palavras-chave: SINDROME DE McKITTRICK-WHEELOCK ;CANCER COLORRETAL;TUMOR SINCRONICO DE COLON.

**TRATAMENTO CLÍNICO E CIRÚRGICO DE MÚLTIPLAS FÍSTULAS ENTERO-ATMOSFÉRICAS**

*KAMILA VIDAL BRAUN; CAMILA STECKELBERG GUERRA ALMEIDA; JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA; MÔNICA VIEIRA PACHECO; DOGLAS GOBBI MARCHESI; FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES; NATANNA SIQUEIRA SPALENZA. UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

Introdução:
As fístulas entero-atmosféricas representam uma complicação grave e de difícil tratamento dentro das catástrofes abdominais, com incidência importante em pacientes submetidos a peritoneostomia. Essa complicação cirúrgica é de alta mobimortalidade e gera um ciclo de catabolismo que requer tratamento intensivo para controle de sepse e aporte nutricional.
Relato de caso: AAB, 52 anos, sete abordagens cirúrgicas prévias devido hérnia incisional após ooforectomia em outro serviço há 16 anos. Admitida por isquemia mesentérica de colón transverso com grande quantidade de aderências intestinais. Realizado colectomia direita extendida com ileostomia terminal, evoluiu com desabamento de ostomia com piora clínica importante. Após sucessivas reabordagens por peritonite fecal optado por manter em peritoneostomia devido abdome congelado e fístulas entéricas com tentativa de orientação com sonda sem sucesso. Com a grande retração da parede abdominal e surgimento de múltiplas fístulas entéricas de alto débito foi usado por longo período curativo a Barker. Em paralelo a contenção da catástrofe abdominal, seguiu com nutrição parenteral total e cursos de octreotide com o intuito de reduzir o débito. Mantendo sem melhora, optamos junto a equipe multidisciplinar por implantar o sistema bolsa-fístula, além de cuidados com a pele e parede abdominal. Intercalando entre períodos de melhora do débito das fístulas, e piora clínico laboratorial por sepse, após 251 dias houve estabilidade do quadro nutricional e esfriamento do processo inflamatório abdominal, sendo submetida a enterectomia segmentar dos segmentos fistulosos e anastomose ileo-cólica remanescendo 120 cm de intestino delgado com fechamento da parede abdominal com auxílio de tela de “proceed”. Recebeu alta hospitalar após 293 dias de internação, alimentando-se sem restrições, com boa qualidade de vida e seguimento ambulatorial.
Discussão: Instaurado para o tratamento e controle de sepse abdominal, a peritoneostomia apresenta papel decisivo para exploração da cavidade. Porém leva o paciente a um estado crítico de maior possibilidade de complicações, sendo a mais temida as fístulas enteroatmosféricas. A taxa de mortalidade pode chegar a 60% nos casos associados à desnutrição e sepse, e a alta taxa de morbidade, onde o tempo de internação é prolongado com grande impacto na qualidade de vida, além do alto custo do tratamento. A terapia nutricional especializada trouxe grande aumento na sobrevida desses pacientes, principalmente nos casos de fístulas de alto débito, com o objetivo de impedir a desnutrição, acelera a cicatrização, modula a resposta inflamatória e também reduz o debito da fistula assim como os análogos da somatostatina, que dão repostas nas primeiras semanas, mas ainda sem evidencias suficientes.
Referências bibliográficas: Gallafrio ST, Millan LS, Galli RV, Carvalho JG, Tuma Junior P, Ferreira MC. O uso do tratamento a vácuo em fístulas enterocutâneas.Rev. Bras. Cir. Plást. 2010;25(3):59.

Palavras-chave: Fístula entero-atmosférica;Peritoneostomia;Nutrição parenteral.

**Utilização de "Spyglass" para tratamento de estenose de colédoco devido complicação pós Colecistectomia Videolaparoscópica - Relato de Caso**

*IZABELLA GRAZIEL RABELO; JULIA SILVEIRA ANDRADE; GABRIELLA CAMILO AGUIAR SILVA. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA, BARRA MANSA - RJ - BRASIL.*

Litíase biliar é caracterizada pela presença de cálculos no interior da vesícula biliar, podendo cursar ou não com sintomas e trazer complicações ao paciente como colecistite aguda, coledocolitíase, pancreatite aguda, colangite e íleo-biliar. É mais prevalente em indivíduos do sexo feminino, quarta e quinta década de vida, multíparas e em pacientes com IMC > 30. O padrão ouro para o tratamento é a colecistectomia por via laparoscópica, por ser considerado uma via de acesso minimamente invasiva, mesmo que quando comparada a via de acesso convencional, apresenta taxas de complicações semelhantes. A Colecistectomia é indicada para pacientes sintomáticos e assintomáticos que possuem cálculos maiores que 2,5-3,0cm, vesícula em porcelana, anemia falciforme e pacientes que serão submetidos a cirurgia bariátrica. Entre as complicações relacionadas ao método, podemos citar complicações intraoperatórias como ruptura da vesícula biliar, queda de cálculos no interior da cavidade abdominal, complicações mais graves como sangramento do pedículo biliar, lesão de via biliar entre outros. Relatamos o caso de uma paciente de 54 anos, atendida no ambulatório de cirurgia geral com colelitíase sintomática com indicação de Colecistectomia videolaparoscopia como tratamento. No pós operatório paciente evoluiu progressivamente com saída de secreção de aspecto biliar pelo dreno, icterícia, aumento das enzimas hepatocanaliculares, dor abdominal intensa e prurido corporal suspeitando de lesão de via biliar intraoperatório. Foi submetida a nova laparoscopia, onde foi identificado coleperitônio difuso e múltiplas aderências em leito biliar, porém durante nova abordagem, ocorreu provável lesão de artéria hepática com sangramento importante, evoluindo para choque hipovolêmico intraoperatório, sendo a cirurgia convertida para via aberta onde foi abordado lesão vascular, não sendo abordado lesão de via biliar. Paciente encaminhada ao CTI, evoluiu de forma satisfatória no pós operatório, mas mantendo icterícia, aumento das enzimas hepatocanaliculares e saída de secreção biliar pelo dreno. Realizou colangioressonância que identificou estenose de ducto colédoco, sendo indicada CPRE para correção da estenose com implante de prótese metálica. Porém, devido a estenose importante de terço médio de colédoco, não foi possível cateterização da via biliar e posterior passagem da endoprótese. Foi indicado então para paciente a realização de Coledocoscopia com a utilização do “Spyglass”, técnica recente, que permite visualização ampla, possibilitando a melhor visualização e cateterização da via biliar, com posterior passagem de endoprótese metálica, com drenagem biliar satisfatória imediata após procedimento. Paciente apresentou melhora significativa dos sintomas bem como redução progressiva e sustentada das enzimas hepatocanaliculares. Segue em acompanhamento com a equipe de cirurgia geral e será submetida a reavaliação da estenose e retirada da endoprótese seis meses após o procedimento.

Palavras-chave: Colecistectomia;Lesão de via biliar;Spyglass.

**PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO INTESTINAL – RELATO DE CASO**

*KAMILA VIDAL BRAUN; NATANNA SIQUEIRA SPALENZA; ALEX BRUNO DE CARVALHO LEITE. UFES, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

Introdução: O pseudotumor inflamatório, assim chamado pela alta semelhança, clínica e radiológica com neoplasia maligna. Também conhecido como tumor miofibroblástico inflamatório, granuloma de células plasmáticas, fibroxantoma inflamatório, ou ainda histiocitoma. Teve seu primeiro relato em 1939 por Brunn e nomeado por Umiker em 1954, observado pela primeira vez no pulmão. É uma condição rara, com amplas formas de manifestações clínicas. Será relatado um caso com aspectos clínicos, radiológicos, cirúrgicos e anatomopatológico.
Relato de caso:Paciente CMAC, sexo masculino, 30 anos, sem comorbidades prévias, apresentando quadro de tosse, febre e perda ponderal de 20 kg, há três meses, em investigação com equipe de hematologia para doença linfoproliferativa. Durante essa investigação realizou uma tomografia de abdome total com evidência de uma massa abdominal em flanco direito heterogênea e realizado colonoscopia sem alterações. Massa essa palpável ao exame físico, indolor e móvel. Paciente submetido laparotomia exploradora com achados intraoperatório de tumor em intestino delgado (jejuno), com aproximadamente 10 cm no maior eixo e moderada quantidade de líquido abdominal citrino. Realizado enterectomia segmentar de 30 cm a 60cm do ângulo de Treitz, e entero-entero anastomose manual. Laudo de anatomopatológico compatível com tumor miofibroblástico inflamatório (pseudotumor inflamatório) com margens livres, além de peritonite fibrinosa. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial com equipe da oncologia clínica e cirúrgica sem sinais de recidiva tumoral.
Discussão:Composto em sua maioria por células fusiformes, células inflamatórias e fibras de colágeno, com maior incidencia em crianças e jovens, existe grande dificuldade diagnóstica pré operatória da moléstia, devido ao amplo espectro de manifestações e as diversas localizações possíveis. Sendo o diagnóstico errôneo em sua maioria com hipóteses iniciais de neoplasia maligna, o que gera maior estresse ao paciente sendo necessário abordagem cirúrgica para conclusão diagnóstica. Apesar de ser em sua grande maioria benignos, os tumores miofibroblásticos possuem grande possibilidade de recidiva. A maior incidência é pulmonar, e em segundo abdominal, que possui maior taxa de recidiva comparando com o primeiro sítio (cerca de 25%). Com prognóstico favorável, e rarissimos casos de transformação maligna e metástase, o seguimento ambulatorial se torna suficiente.
Referências Bibliográficas: 1. Costa ML, Goes AC, Cavalcante DI, Nogueira FR, Uchoa RS, Junger FO, et al. Pseudotumor inflamatório: relato de caso. Rev Med UFC. 2016 jul-dez;56(2):67-71. 2. OSNAYA M, Humberto et al. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO (PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO) OCASIONANDO ABDOMEN AGUDO. Rev Chil Cir, Santiago, v. 66, n. 3, p.264-268, jun. 2014. 3. CANTERO RONQUILLO, Alexis et al. Pseudotumor inflamatorio de Ciego como causa de abdomen agudo: Presentación de 3 casos. Rev Cubana Cir, Ciudad de la Habana, v.40, n.3,p.240-242,sept.2001.

Palavras-chave: Pseudotumor inflamatório;Tumor miofibroblástico inflamatório;Condição rara.

**COMPLICAÇÕES CARCINOMA COLORRETAL: RELATO DE CASO**

*JORGE ZOGHAIB; JULIETE BOREL DE OLIVEIRA SILVA AGUIAR; MARINA CREMASCO NICOLI; IZABELLA BOTTI VILAÇA MARTINS; CLAYTON OLIVEIRA VICENTE; SARAH SOUZA RAINHA; YAGOR GAVA NASCIMENTO; GUSTAVO SANTOS PORFIRO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

1. Introdução

O câncer de colorretal (CCR) é a terceira neoplasia mais comum e a quarta causa de óbito por câncer no mundo, sendo responsável por cerca de 30% das emergências gastrointestinais.

2. Relato de Caso

Feminina, 73 anos, busca atendimento no Pronto Atendimento no dia 27/08/2022 com quadro de dor em epigástrio e hipocôndrio direito, em cólica e de forte intensidade, associada a náuseas, vômitos, febre de 39ºC com calafrios e fezes aquosas de odor forte e com restos alimentares. A paciente apresentava uma Tomografia de abdome prévia, do dia 18/07/2022, sugestiva de câncer intestinal suboclusivo que evidenciou volumosa formação expansiva, heterogênea e de aspecto infiltrativo, envolvendo completamente o cólon ascendente até o nível da flexura hepática, bem como o ceco, válvula ileocecal e íleo terminal, condicionando redução significativa da luz dos mesmos, além de borramento da gordura adjacente e linfonodomegalia na raiz do mesentério. Foi referenciada ao HUCAM, onde, no mesmo dia, foi optado pela realização de intervenção de urgência por abdome agudo obstrutivo, sendo realizada colectomia direita, ileotranverso anastomose latero-lateral manual isoperistátltica em dois planos e colecistectomia. A macroscopia da peça cirúrgica constituída por íleo terminal e intestino grosso revelava tumoração vegetante e infiltrativa, medindo 11,5 cm de extensão longitudinal, ocupando toda circunferência intestinal, se estendendo até a válvula íleo-cecal, e perfuração bloqueada por aderência de grande omento, provocando aderências entre as alças de intestino grosso. A conclusão do anátomo-patológico foi adenocarcinoma pouco diferenciado infiltrando serosa e presença de metástase em 2 dos 17 linfonodos, com extensão extracapsular. A vesícula biliar apresentava-se livre de comprometimento neoplásico. Apresentou boa evolução clínico-cirúrgica, recebendo alta no dia 04/08/2022.

3. Discussão

O câncer colorretal (CCR) acomete segmentos do intestino grosso (cólon, reto e ânus). A obstrução do intestino grosso representa quase 80% das emergências por CCR, enquanto a perfuração é responsável pelos 20% restantes. Diferentes tratamentos, cirúrgicos e não cirúrgicos, podem ser realizados. Dentre os tratamentos cirúrgicos a colectomia com anastomose ileocolônica é a mais indicada[1], devido a diversas características anatômicas favoráveis, como a maior mobilidade da flexura hepática, mobilidade do intestino delgado e suprimento sanguíneo adequado à possíveis anastomoses.Além disso, a ileostomia, outra opção cirúrgica, determina maior risco de desbalanço eletrolítico[1].

4. Referências

Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Cimbanassi S, Poiasina E, Ceresoli M, et al. . 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. World J Emergency Surg WJES (2018) 13:36. doi: 10.1186/s13017-018-0192-3 - DOI - PMC - PubMed

Palavras-chave: neoplasia;colorretal;ileotransversoanastomose.

**Ectopia esplênica associada a torção de pedículo esplênico**

*WALERIA GRAMILICH BARATELLA; NATANNA SIQUEIRA SPALENZA; ARTHUR CARVALHO SILVA; KAMILLY GRAMILICH BARATELLA; ADRIANA FREIRE SENA; PAULO HENRIQUE SOUZA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

E.C.S, sexo feminino, 18 anos, previamente hígida, admitida no pronto-socorro de um hospital terciário com quadro de dor abdominal periumbilical em pontadas, iniciada 5 dias antes da admissão, irradiada para fossa ilíaca direita associada a disuria e hiporexia. Negava episódios prévios semelhantes. A admissão, paciente apresentava-se taquicardica, normotensa e abdome com sinais de irritação peritoneal. Realizada tomografia de abdome evidenciando ectopia esplênica, com baço apresentando aumento de suas dimensões (20 x 13 x 8cm), localizado a direita da linha média, com extensão desde o hipocôndrio direito até a pelve, destacando-se ainda vasos locais ingurgitados e torcidos. Paciente encaminhada a laparotomia exploradora, cujo inventario da cavidade revelou presença de liquido livre em cavidade de aspecto sero-hematico, baço ectópico localizado a direita da linha media, com dimensões aumentadas, apresentando torção de pedículo esplênico (3 voltas de 360 graus), com omento maior com vasos ingurgitados e trombosados, apêndice cecal com presença de fibrina e hiperemia, sendo realizado esplenectomia, apendicectomia e omentectomia parcial. Paciente apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar no 4 pos operatório. Discussão: ectopia esplênica é um diagnostico difícil pela raridade de sua apresentação, e normalmente são assintomáticos, sendo encontrados em menos de 0,5% das esplenectomias. São mais descritos em pacientes do sexo feminino, e nos pacientes sintomáticos, a faixa etária mais comum é entre 20 a 40 anos. Apesar de uma conduta conservadora ser possível, devido ao alto risco de torção, esplenectomia pode ser instituída mesmo em pacientes assintomáticos. Os sintomas de torção esplênica podem ser variados, cursando desde dor crônica até a abdome agudo com choque. Conclusão: apesar de raro, a torção esplênica deve ser considerado nos diagnósticos diferenciais de abdome agudo, sendo o principal tratamento a esplenectomia.

Palavras-chave: ectopia esplênica;torção esplenica;wandering spleen .

**Perfil dos pacientes submetidos a apendicectomia em um hospital referência de Vitória – ES**

*WALERIA GRAMILICH BARATELLA; LAIS RISCADO SALDANHA; DOGLAS GOBBI MARCHESI. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VILA VELHA - ES - BRASIL.*

**RESUMO| Introdução:** A apendicite aguda é a principal causa de abdome agudo cirúrgico em todo mundo, acometendo cerca de 7% de toda população mundial. Trata-se de patologia mais comum no sexo masculino, de forma que cerca de 8,6% dos indivíduos do sexo masculino serão acometidos com apendicite aguda em algum momento de sua vida, enquanto apenas 6,7% das mulheres receberão esse **diagnóstico** [2;3]. O estudo do perfil dos pacientes acometidos por tal patologia permitirá uma análise objetiva do hospital, permitindo assim melhores estratégias de redução de morbimortalidade. **Objetivo**: Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes que foram submetidos a cirurgia de apendicectomia em um hospital referência em Vitória – ES, a fim de gerar um maior conhecimento a cerca dessa patologia tão frequente nos pronto-atendimentos. **Métodos**: Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, com base em análise de prontuários eletrônicos. O estudo analisará os pacientes apendicectomizados no ano de 2020 e avaliará o perfil epidemiológico, o tempo de entrada no pronto socorro no até o procedimento cirúrgico propriamente dito, o tipo de cirurgia realizada, o tempo de internação dos pacientes e as possíveis complicações. **Resultados**: A maior parte dos pacientes atendidos são homens de 18 a 30 anos e são submetidos a tomografia computadorizada para confirmação diagnóstica. Todos os pacientes com diagnóstico de apendicite foram submetidos a apendicectomia, sendo a maioria deles a apendicectomia laparotômica (51,62%). A taxa de complicação é de 17,2% e ocorre mais comumente de forma precoce. A complicação mais comum é o abscesso intra-abdominal, seguido da peritonite generalizada. Apenas 0,93% dos pacientes apresentaram desfechos de óbito. **Conclusão**:O estudo do perfil dos pacientes acometidos por tal patologia permitirá uma análise objetiva do hospital, permitindo assim melhores estratégias de redução de morbimortalidade.

Palavras-chave: apendicite;abdome agudo;abdome agudo inflamatório.

**ABDOME AGUDO HEMORRÁGICO POR VASO VARICOSO EM PACIENTE PORTADOR DE HIPERTENSÃO PORTAL ESQUISTOSSOMÓTICA: RELATO DE CASO**

*DOGLAS GOBBI MARCHESI; DOUGLAS LUIS SILVA DE OLIVEIRA; JULIETE BOREL DE OLIVEIRA SILVA AGUIAR; MARINA CREMASCO NICOLI; MATHEUS DE BACKERE VITORIO; CLAYTON OLIVEIRA VICENTE; DANIELY DE SOUZA ROSA; GABRIEL SANTANA MALCATE. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

1. Introdução

A hemorragia do trato gastrointestinal baixo é definida como o sangramento que ocorre a jusante do ligamento de Treitz. As etiologias são diversas, sendo as principais: diverticulite, patologias anorretais e neoplasias. Contudo, abdome agudo hemorrágico e choque, tendo como causa vaso varicoso em mesentério, são raros.

2. Relato de Caso

Paciente masculino, 49 anos, portador de Hipertensão Portal Esquistossomótica, interna em 24/06/22 para investigação de hematoquezia pela equipe de Gastroenterologia. Em 25/06, evoluiu com enterorragia maciça e choque hemorrágico refratário às medidas clínicas, apresentando Hb 5,4 após 6 CH. Solicitada avaliação da cirurgia geral pela equipe assistente e realizada EDA de urgência devido instabilidade hemodinâmica que não esclareceu a causa do sangramento. Sem possibilidade de arteriografia visceral, indicada a laparotomia exploradora de urgência em 26/06 que evidenciou vaso varicoso em mesentério, aderido à parede abdominal, a 290 cm do Ângulo de Treitz, com coágulos a jusante. Realizada enterectomia de 15 cm com entero-enteroanastomose grampeada com reforço da linha de grampo com prolene 3-0 e desserosamento de colon transverso. Apesar da instabilidade do paciente, não houve intercorrências ou perda sanguínea intra-operatória significativa. Recebeu 2CH e 2U PFC no intraoperatório, além de 1500ml de cristaloide. Apresentou boa evolução pós-operatória, permaneceu sob cuidados intensivos até 30/06, recebendo alta hospitalar pela cirurgia geral e pela gastroenterologia em 03/07/22.

3. Discussão

O caso apresentado evidencia uma importante repercussão cirúrgica de uma doença clínica, a instabilidade e boa evolução do quadro demonstra a importância de uma conduta conjunta assertiva para melhorar os desfechos do paciente. A variz em intestino delgado por hipertensão portal esquistossomótica compreende uma causa incomum de abdome agudo hemorrágico e, embora a instabilidade hemodinâmica indicasse a necessidade de realizar a arteriografia visceral, a impossibilidade de realizá-la evidenciou a importância do reconhecimento rápido do local de sangramento no intraoperatório para evitar desfechos desfavoráveis para o paciente.

4. Referências

Ghassemi KA, Jensen DM. Lower GI bleeding: epidemiology and management. Curr Gastroenterol Rep. 2013;15:333. - PMC - PubMed

Strate LL. Lower GI bleeding: epidemiology and diagnosis. Gastroenterol Clin North Am. 2005;34:643–664. - PubMed

Palavras-chave: esquistossomose;hipertensão portal;abdome agudo hemorrágico.

**TORACOTOMIA DE RESSUSCITAÇÃO EM TRAUMA PENETRANTE :RELATO DE CASO**

*ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETTO[1]; ANA CAROLINA LOBO DE SOUZA NASCIMENTO[2]; LUIZ ROBERTO OLIVEIRA JUNQUEIRA NETO[3]; TALYSSA JUNQUEIRA ARANTES[1]; ESTER MESQUITA HENRIQUES DA SILVA[1]. 1. HOSPITAL DE BASE DE BRASILIA, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. UNILAGO, SAO JOSE DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 3. FAMINAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.*

**INTRODUÇÃO** A Toracotomia de Ressuscitação (TR) na sala de emergência é um procedimento heroico que pode oferecer a única esperança para pacientes “in extremis”, ou seja, quase morto, mas ainda com sinais vitais ou, pelo menos, sinais de vida detectáveis. Seus resultados são controversos, pois apresenta baixa sobrevida e expõe toda equipe assistente a riscos biológicos. É indicada em poucas situações, como ausência de pulso periférico com sinais de vida ou parada cardíaca (PC) presenciada após trauma torácico penetrante. O clampeamento da aorta (CA) supra diafragmática é um dos tempos fundamentais deste procedimento por redistribuir o fluxo sanguíneo para cérebro e coronárias. Este trabalho aborda uma ressuscitação bem-sucedida, com preservação neurológica mesmo após parada cardiorrespiratória e midríase devido a trauma a torácico penetrante. **RELATO DE CASO** Descrevemos o caso de paciente vítima de ferimento penetrante por arma branca em hemitórax direito associado a hemotórax. Deu entrada na sala de emergência com instabilidade hemodinâmica e, após intubação orotraqueal, apresentou parada cardiorrespiratória evoluindo com midríase bilateral. Foi submetido a TR que permitiu aliviar tamponamento cardíaco, visualização de lesão em ventrículo direito de cerca de dois cm, controle de sangramento digital, reparo da lesão através de sutura e CA. Neste momento houve retorno do ritmo cardíaco e iniciou-se a hemotransfusão maciça. Pupilas estavam em midríase e se tornaram mióticas após alguns segundos de CA. Foi encaminhado ao Centro Cirúrgico para finalizar o procedimento. O tempo total de CA foi de dezessete minutos. Paciente evoluiu com Insuficiência Renal Aguda (IRA) com necessidade de Hemodiálise, Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, Empiema e Abcesso Pleural. Recebeu alta hospitalar após sessenta e seis dias de internação sem déficit neurológico e recuperação da função renal. **DISCUSSÃO** Em pacientes vítimas de trauma torácico penetrante com presença de sinais de vida na chegada e submetidos a TR a taxa de sobrevida global é cerca de 21,3% e sobrevida sem sequelas neurológicas de cerca de 11,7%. Após 5 minutos de parada cardíaca o cérebro começa a apresentar danos permanentes, mesmo em situações ideais. O CA é de fundamental importância, por redirecionar o baixo volume sanguíneo circulante para cérebro, coração e pulmões, e manter perfusão cerebral mínima, evitando surgimento ou agravamento de lesões permanentes durante a ressuscitação, e, possivelmente, diminuir a hemorragia distal. Apesar de sua relevância, o CA apresenta efeitos colaterais importantes, como IRA, e deve ser retirado assim que os objetivos da ressuscitação forem alcançados até 30 minutos, devido a baixa tolerância das vísceras abdominais a isquemia quente.

Palavras-chave: TORACOTOMIA;sala de emergência;clampeamento da aorta.

**Hernia incisional por PAF com apendice cecal em seu interior: relato de um caso de abdome agudo obstrutivo**

*WALERIA GRAMILICH BARATELLA; JOAO PEDRO DE LIMA TRINDADE; ALBERTO HENRIQUE DE JESUS BRITO; KAMILLY GRAMILICH BARATELLA; NATANNA SIQUEIRA SPALENZA; DIOGO STINGUEL THOMAZINI. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VILA VELHA - ES - BRASIL.*

Paciente de 60 anos, sexo masculino, previamente hígido, admitido em pronto socorro de hospital terciário com quadro de dor abdominal difusa, vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos iniciados 5 dias antes da admissão. Paciente com cirurgia previa por lesão por arma de fogo 01 ano antes, sem realização de ressecção intestinal. A admissão, paciente apresentava-se estável hemodinamicamente, com abdome distendido, hipertimpanico, doloroso difusamente a palpação. Presença de hernia incisional por orifício de PAF em flanco direito com conteúdo herniario não redutível. Tomografia de abdome evidenciando hernia na parede do flanco direito, por onde insinua-se o íleo distal, determinando distensão hidroaérea de alças delgadas a montante. Após analgesia adequada, paciente apresentou redução espontânea da hernia, no entanto, devido ao tempo de encarceramento, optou-se por abordagem cirúrgica, sendo realizado incisão pela hernia em flanco sendo visualizado apêndice cecal discretamente hiperemiado em seu interior, aderido ao saco herniario. Demais alcas de aspecto viável. Realizado apendicectomia com hernioplastia incisional e alocação de tela. Paciente apresentou boa evolução, recebendo alta hospitalar no 2 dia pos operatório. Discussão: hernias incisionais podem ocorrer após cirurgias ou traumas da parede abdominal. Os principais fatores de risco são doenças crônicas como diabetes, hipertensão e obesidade, além de tabagismo e desnutrição. O diagnostico deve ser dado através do exame físico minucioso e da anamnese e os exames de imagem podem auxiliar no diagnostico diferencial principalmente em pacientes obesos. O tratamento cirúrgico é a principal escolha e deve ser mandatório nas urgências, principalmente quando há evidencias de sofrimento de alças intestinais. O apêndice cecal inflamado como conteúdo de hernia incisional é raro, sendo reportados poucos casos na literatura. Conclusão: em casos de abdome agudo obstrutivo por hernia incisional, o tratamento cirúrgico deve ser optado quando há mais de 6 horas de encarceramento relatado. No caso em questão, foi possível fazer apropriado inventario de cavidade com incisão pela hernia incisional, sendo possível fazer a correção com tela de polipropileno. Mas em casos onde não é possível, a incisão mediana deve ser realizada. O acesso ao serviço de saúde com rapidez e a informação a população são os pilares para adequado tratamento e redução da morbimortalidade em casos como esse.

Palavras-chave: hernia incisional;apendicite;abdome agudo obstrutivo.

**TRAUMA CARDÍACO PENETRANTE COM EMBOLIA EM MEMBRO INFERIOR: RELATO DE CASO**

*ANTONINO CAETANO DE SOUZA NETTO[1]; ANA CAROLINA LOBO DE SOUZA NASCIMENTO[2]; LUIZ ROBERTO OLIVEIRA JUNQUEIRA NETO[3]; TALYSSA JUNQUEIRA ARANTES[1]. 1. HOSPITAL DE BASE DE BRASILIA, BRASILIA - DF - BRASIL; 2. UNILAGO, SAO JOSE DO RIO PRETO - SP - BRASIL; 3. FAMINAS, BELO HORIZONTE - MG - BRASIL.*

**INTRODUÇÃO** O Trauma torácico constitui um problema de saúde pública, sendo uma causa importante de morbimortalidade e destaca-se não só pela sua elevada incidência, mas também pelo aumento da gravidade das lesões associadas. Os ferimentos por projétil de arma de fogo (PAF) são um dos responsáveis pelo aumento da morbimortalidade dessas, principalmente quando associado a lesões cardíacas. Podendo haver embolização na corrente sanguínea, complicação rara, porém grave. Atualmente trata-se de um problema de relevância, e, por isso, justifica-se a realização deste trabalho, que tem como objetivo relatar um caso raro de trauma cardíaco penetrante com embalia para membro inferior direito. **RELATO DE CASO** Apresentamos o caso de uma paciente jovem, vítima de ferimento penetrante de tórax por arma de fogo e lesão em hemitórax esquerdo que evoluiu com embalia do projétil para a Artéria Ilíaca Comum Direita, sendo operada com sucesso em nossa instituição. Paciente admitida com estabilidade hemodinâmica e hemotórax, visualizado em radiografia na Unidade de Origem. Inicialmente, realizou-se tomografia computadorizada (TC) de tórax e Ecocardiograma Transtorácico sendo evidenciado derrame pleural e derrame pericárdico discreto com ausência de sinais de tamponamento cardíaco e projétil localizado em projeção do Ventrículo Esquerdo, sendo mantida em observação e descartado procedimento cirúrgico devido à ausência de sangramento cardíaco ativo. Paciente evoluiu, após 12 horas, com queixa de dor em membro inferior direito(MID) e sinais de insuficiência arterial. Realizada angiotomografia, evidenciou-se presença de projétil em artéria ilíaca comum direita. O tratamento ocorreu com embolectomia femoral direita tracionando o objeto até exteriorização do mesmo. Paciente evoluiu com reperfusão do membro imediata e ausência de sinais de hemotórax e de derrame pericárdico pela TC após 7 dias,e a Ressonância Magnética evidenciou apenas discreta hipocinesia do Ventrículo Esquerdo, descartando a necessidade de intervenção cirúrgica no coração, com alta hospitalar após trinta e quatro dias de internação. **DISCUSSÃO** Embolia é uma complicação rara causada por ferimentos de arma de fogo e ocorre quando projéteis adentram na circulação sanguínea e migram se alojando em áreas de bifurcação. Sua suspeição pode ser o resultado de imagens radiológicas seriadas demonstrando movimentação do corpo estranho. Embolizações por PAF no sistema arterial frequentemente são sintomáticas por levarem à isquemia crítica do membro; por isso, seu diagnóstico é precoce. No caso relatado, observamos sintomatologia isquêmica em MID após 12 horas do trauma. O manejo é ditado pela sua localização anatômica, pelo tempo da sua descoberta e pela presença ou ausência de sintomatologia. As possibilidades de tratamento intervencionista variam entre técnicas cirúrgicas abertas, endovasculares e híbridas, sendo que os métodos endovasculares se difundiram e se tornaram preferência no tratamento desta afecção.

Palavras-chave: TRAUMA TORACICO;EMBALIA;FERIMENTO POR ARMA DE FOGO.

**MANEJO CIRURGICO DE PANCREATITE AGUDA GRAVE NÃO BILIAR: RELATO DE UMA CATÁSTROFE ABDOMINAL**

*WALERIA GRAMILICH BARATELLA; NATANNA SIQUEIRA SPALENZA; PRISCILA VIVIANI DA TRINDADE DE ÁVILA; KAMILLY GRAMILICH BARATELLA; JOSE ALBERTO DA MOTTA CORREIA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VILA VELHA - ES - BRASIL.*

FFP, sexo feminino, 26 anos, obesa, sem outras comorbidades, admitida em Pronto-socorro de hospital terciário, recebendo diagnostico de pancreatite aguda grave não biliar (secundária a hipertrigliceridemia – trigliceridemia da admissão = 1575). Tomografia computadorizada foi realizada 48 horas após a admissão, sem evidencias de coleções organizadas. Ao usg evidenciando apenas lama biliar. O primeiro exame que evidenciou coleção organizada foi realizado 10 dias após a admissão, que mostrou coleção necrótica (Walled-off necrosis - WON) medindo 13 x 8 x 6 cm. Paciente foi submetida a duas drenagens de coleções guiadas por tomografia com alocação de drenos pigtail. Na época da drenagem, paciente já estava sob antibioticoterapia há 6 dias e a cultura veio positiva para S. aureus MRSA. Paciente seguiu em curva de piora, sendo submetida a IOT e uso de droga vasoativa. Nova tomografia realizada com persistência de coleções necróticas e parênquima pancreático com mais de 50% de necrose e um mês após a admissão, paciente foi submetida a VARD (Video Assisted Retroperitoneal Debridement) para retirada de material necrótico e lavagem de loja pancreática com alocação de dreno tubo-laminar. Nova abordagem foi necessária 15 dias após, sendo submetida a novo VARD, no entanto, devido a loja pancreática bloqueada houve lesão esplênica e o acesso foi convertido a laparotomia com esplenectomia e drenagem de loja pancreática. Paciente foi submetida a novas abordagens para drenagens de coleção, antibioticoterapia de largo espectro e tempo prolongado de internação em UTI. Foi instituído nutrição parenteral e enteral, complicou com ototoxicidade relacionada a gentamicina e precisou dialisar por cerca de 6 meses dos 8 meses em que permaneceu internada. Paciente recebeu alta após 8 meses de internação, sem necessidade de hemodiálise. Discussão: o manejo inicial da pancreatite deve ser de suporte, mas o manejo cirúrgico das complicações por vezes é mandatório. As principais complicações da pancreatite são os pseudocistos e as WON, sendo que a abordagem cirúrgica deste ultimo deve ser cogitada quando há piora clinica significativa com disfunção orgânica, obstrução gástrica, biliar ou intestinal secundária ou síndrome de desconexão ductal. A escolha da tática cirúrgica depende da localização podendo ser realizada por drenagem percutânea ou endoscópica, como 2ª linha terapêutica o VARD e como 3ª linha, por laparotomia (necrosectomia). A nutrição do paciente deve ser preferencialmente pela via oral/enteral, resguardando-se a parenteral nos casos em que não é possível a primeira linha ou de forma complementar. Conclusão: o tratamento da pancreatite aguda deve ser inicialmente clinico, de suporte e a nutrição do paciente estabelecida o quanto antes. O manejo das coleções necróticas deve ser minimamente invasivo o quanto for possível, e abordagens cirúrgicas subsequentes normalmente são necessárias, bem como reabilitação e ação de equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: WON;PANCREATITE AGUDA GRAVE;VARD.

**Síndrome da janela posterior pos CPRE: manejo cirúrgico precoce de uma complicação endoscópica em paciente com neoplasia avançada de cabeça de pâncreas**

*NATANNA SIQUEIRA SPALENZA; WALERIA GRAMILICH BARATELLA; PAULA FERNANDES DA SILVA; FERNANDO TORRES BERMUDES; VANESSA VICTORINO FERREIRA MARIANO; FERNANDO ANTONIO MARTINS BERMUDES; GUSTAVO GOES LIMA; DOGLAS GOBBI MARCHESI. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

Apresentação de caso: HFP, sexo feminino, 60 anos, previamente hígida, relatando dor abdominal epigástrica em barra, irradiada para flancos, associada a perda ponderal de aproximadamente 6 kg em 6 meses e icterícia e náuseas com aproximadamente 01 mês de evolução. Exames propedêuticos evidenciaram icterícia de padrão colestático e aumento de enzimas canaliculares. Tomografia de abdome evidenciou lesão em cabeça e processo uncinado do pâncreas com invasão de veia e artéria mesentérica, medindo aproximadamente 4,9 x 3,6 cm e ainda imagem no segmento VII sugestivo de implante secundário. EDA evidenciando segunda porção duodenal com lesão de aspecto infiltrativo por provável contiguidade de lesão tumoral do pâncreas. Devido ao estadiamento, optou-se por realização de CPRE com passagem de prótese transtumoral, no entanto, durante o procedimento suspeitou-se de lesão inadvertida de via biliar, sendo passado prótese biliar. Imediatamente após procedimento, paciente apresentou dor abdominal e enfisema subcutâneo importante, sendo realizado tomografia de abdome que mostrou volumoso pneumoperitoneo e retropneumoperitoneo associado a pneumomediastino. Paciente submetida a laparotomia exploradora cujo inventario da cavidade mostrava pequena quantidade de liquido livre localizado próximo ao pâncreas. Realizado derivação biliodigestiva com gastroenteroanastomose em ‘’Y de Roux’’e exclusão pilórica. Não foi identificado ponto de perfuração. Paciente ainda necessitou de nova abordagem 8 dias após a primeira abordagem para drenagem de hematoma encapsulado. Após a segunda abordagem, paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta 13 dias após a primeira cirurgia. Discussão: CPRE com papilotomia e eventual passagem de prótese endoscópica é um tratamento previsto para síndromes colestáticas por coledocolitiase ou tumores periampulares. A taxa de complicação é em torno de 10% sendo as principais complicações: pancreatite pós CPRE, sangramento, colangite ou perfuração. O tratamento não operatório pode ser realizado, mas aproximadamente 60% daqueles com tratamento conservador a principio evoluem com necessidade de abordagem cirúrgica em até 72 horas. A classificação de Stapfer é a mais utilizada e baseia-se no mecanismo, localização anatômica e gravidade da lesão. Conclusão: a paciente em questão apresentou perfuração tipo IV com retropneumoperitoneo, sendo o tratamento cirúrgico instituído aproximadamente 4 horas após a perfuração. A abordagem precoce evita complicações infecciosas e acelera a resolutividade do quadro.

Palavras-chave: CPRE;JANELA POSTERIOR;TUMORES PERIAMPULARES.

**ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO COM NECROSE DE ESTOMAGO EXCLUSO: RELATO DE UMA COMPLICAÇÃO TARDIA DE BARIATRICA**

*NATANNA SIQUEIRA SPALENZA; WALERIA GRAMILICH BARATELLA; GABRIELA DE ANGELI DUTRA; PAULO ALVES BEZERRA MORAIS; FERNANDO TORRES BERMUDES; VANESSA VICTORINO FERREIRA MARIANO. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

Apresentação de caso: TAPQ, 32 anos, sem comorbidades, POT de cirurgia bariátrica (by-pass), apresentando dor abdominal de inicio 03 dias antes da admissão, associada a vômitos pos alimentares. A admissão, paciente encontrava-se taquicardica, taquipneica, normotensa, com abdome flácido, doloroso a palpação sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais mostraram leucocitose de 17000 e aumento de pcr. Tomografia de abdome com achados de acentuada distensão liquida do estomago excluso e distribuição atípica de alças de jejuno, interrogando a presença de hérnia interna. Paciente encaminhada a laparotomia exploradora cujo inventário revelou presença de grande quantidade de liquido entérico em cavidade, com dilatação de alças de delgado e de alça biliopancreatica, presença de aderências firmes próximo ao espaço de Petersen entre alças e baço – ausência de hérnia interna. Estomago excluso com dilatação importante e necrose em fundo, sendo realizado degastrectomia parcial do estomago excluso e esplenectomia. 7 dias após a abordagem cirúrgica, devido a febre e retorno da dor abdominal, foi realizada nova tomografia com evidencia de coleção intra-abdominal sendo tratada com punção guiada por tomografia. Paciente recebeu alta 14 dias após a abordagem com boa evolução clinico-cirurgica.
Discussão: o by-pass gástrico é a cirurgia bariátrica mais realizada atualmente no Brasil, apesar disso, muitas complicações podem ocorrer precoce ou tardiamente. As hérnias internas estão entre as complicações mais temidas e podem implicar no bloqueio completo ou parcial da gastrojejunostomia ou jejunojejunostomia. A hérnia de Petersen forma-se no espaço entre a alça de Roux e o mesocólon transverso. A apresentação clinica mais comum da-se por dor abdominal devido a distensão e vômitos. O fechamento rotineiro do defeito mesentérico, do espaço de Petersen e do defeito do mesocólon durante a cirurgia bariátrica são alguns dos preditores para evitar a complicação tardia.
Conclusão: O conhecimento sobre as estratégias de como reduzir o risco e incidência das complicações deve ser adquirido ao longo do tempo, e cada cirurgião deve estar familiarizado com essas complicações, a fim de reconhecê-las precocemente e realizar a melhor intervenção.

Palavras-chave: BARIATRICA BYPASS;ESTOMAGO EXCLUSO;HERNIA INTERNA.

**Relato de caso: Constipação crônica devido megacólon idiopático**

*YOHANN MATOS DE AQUINO; GIOVANNI JOSÉ ZUCOLOTO LOUREIRO; ALBERTO HENRIQUE DE JESUS BRITO; JULIETE BOREL DE OLIVEIRA SILVA AGUIAR; OBERDAN DE CASTRO PINTO; VICTÓRIA COUTINHO COSTA; GUSTAVO GOES LIMA; FILIPE FAÉ. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

INTRODUÇÃO:
O megacólon é uma condição rara, caracterizada pela dilatação e alongamento da porção final do intestino grosso. Como consequência, o órgão perde lentamente a sua função, tornando a digestão mais lenta e causando cada vez mais constipação. O megacólon pode se apresentar em 4 subtipos principais: congênito, tóxico, chagásico e idiopático. Os 3 primeiros têm a sua fisiopatologia bem estabelecida, porém o megacólon idiopático segue como uma grande incógnita, que apesar de ter várias teorias, nenhuma é comprovada cientificamente.
RELATO DO CASO:
M.J.M, 53 anos, masculino, deu entrada no hospital com dor intensa em andar inferior de abdome que irradiava para as costas, referindo ausência de evacuações há 20 dias. Ao exame físico apresentava abdome maciço à percussão com massa palpável em FIE além de presença de fecaloma ao toque retal. Paciente relatava ainda diversas internações prévias para retirada de fecaloma através de fleet-enema.
No exame de Clister Opaco demonstrou-se um reto e sigmoide com perda das haustrações e calibre muito aumentado, medindo aproximadamente 14,5cm no maior diâmetro, com extensa quantidade de material fecal de permeio. Diante do quadro, foram solicitadas sorologias para Chagas com objetivo de elucidar a etiologia. Com o resultado negativo das sorologias e sem uma etiologia congênita ou tóxica estabelecida, definiu-se o diagnóstico de megacólon idiopático, optando-se pela abordagem cirúrgica, onde foi realizada uma retossigmoidectomia a Hartmann com confecção de colostomia terminal em flanco esquerdo.
DISCUSSÃO:
O megacólon idiopático é uma condição que há décadas tem sido objeto de controvérsia, tanto etiologicamente quanto terapeuticamente, sendo caracterizada por um cólon aumentado e uma síndrome aperistáltica na ausência de uma causa detectável. O principal sintoma é constipação crônica, levando a um quadro de distensão abdominal e formação de fecalomas, podendo ainda complicar com volvo de sigmóide, colite isquêmica ou úlceras intestinais. O tratamento consiste numa adequação da dieta do paciente, com intensa ingesta de água, bem como o uso de laxativos. O manejo cirúrgico fica reservado para pacientes com sintomas refratários ao tratamento inicial ou com importante comprometimento da qualidade de vida. Atualmente, nenhuma técnica cirúrgica é 100% eficaz, levando muitas vezes o cirurgião a optar pela colostomia para tratamento definitivo.
Este relato visa agregar volume a um diagnóstico raro e ainda com opções terapêuticas bastante limitadas, demonstrando a escassez atual de pesquisas sobre a abordagem desta patologia.
REFERÊNCIAS:
1. Idiopathic Megacolon—Short Review, Diagnostics (Basel). 2021 Nov; 11(11): 2112. PubMed 2021 Nov 15
2. European Journal of Gastroenterology & Hepatology: May 2007 - Volume 19 - Issue 5
3. Gladman MA, Scott SM, Lunniss PJ, Williams NS. Systematic review of surgical options for idiopathic megarectum and megacolon. Ann Surg 2005; 241:562–574.

Palavras-chave: megacólon;constipação;fecaloma.

**NEOPLASIA RETOSSIGMOIDE: DESCOBERTA APÓS ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR CORPO ESTRANHO**

*NATANNA SIQUEIRA SPALENZA; WALERIA GRAMILICH BARATELLA; FERNANDO TORRES BERMUDES; VANESSA VICTORINO FERREIRA MARIANO; FILIPE FAÉ; YOHANN MATOS DE AQUINO; FERNANDA ALVES BOY. UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO, VITÓRIA - ES - BRASIL.*

Apresentação de caso: J.R.S, masculino, 68 anos, previamente hipertenso e asmático, história familiar de neoplasia colorretal, admitido via pronto-socorro com dor abdominal difusa, intensa, associada a relato de febre não aferida, 4 dias após ingesta de alimento (pé de galinha). Referia hematoquezia nos dias que precederam a internação, nega demais queixas.
A tomografia computadorizada (TC) do dia anterior à internação evidenciava: pnuemoperitoneo e neoplasia de sigmoide complicada com perfuração por corpo estranho (osso). Espessamento parietal segmentar circunferencial do sigmoide médio, com ao menos 7,5 cm de extensão longitudional, distando mais de 30,0 cm da borda anal. A lesão determina estreitamento luminal, sem efeito oclusivo. Duas lesões hepáticas possivelmente relacionados implantes. CEA de admissão 188,0 ng/ml. Paciente encaminhado a laparotomia Exploradora com evidencia de abscesso bloqueado em transição de retossigmoide onde se encontra tumoração com cerca de 10cm, endurecida, estenosante aderida a alça de delgado a 30cm da válvula ileocecal, fígado com nodulação única palpável em segmento VI, de aproximadamente 0,5cm e com divertículo de Meckel que estava a 50cm da válvula ileocecal, realizado então Retossigmoidectomia a Hartmann. Paciente apresentou boa evolução, recebendo alta no 6º pós operatório. Resultado do histopatológico evidenciou adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado, sendo então encaminhado para oncologia clinica, e em programação atualmente de reconstrução de transito intestinal.
Discussão: A ingestão acidental de corpo estranho junto com a alimentação é um problema clínico comum nos serviços de atendimento de emergência. Embora a maioria dos corpos estranhos deglutidos transite no trato gastrintestinal sem conseqüências e apenas 1% gere repercusão. Além disso, o câncer colorretal é passível de tratamento e, na maioria dos casos, é curável, quando detectado precocemente, grande parte desses tumores inicia-se a partir de pólipos.
Pacientes oncológicos apresentam risco aumentado de perfuração intestinal, com malignidade representando aproximadamente 8% dos pacientes com pneumoperitônio.Existem muitos fatores contribuintes potenciais: A invasão da vasculatura por neoplasia pode causar isquemia, invasão direta do tumor, obstrução intestinal, além disso, pacientes oncologicos são frequentemente imunossuprimidos, aumentando o risco de infecções oportunistas predispondo o paciente à perfuração.
A perfuração intestinal é mais comum no intestino grosso, ocorrendo em 2,6%-12% dos pacientes com câncer colorretal. É mais frequente em neoplasias de colon esquerdo e ceco. Além disso, Embora a deglutição acidental de um corpo estranho alimentar seja frequente, a perfuração intestinal é um achado incomumPorém, quando ocorre, se manifesta por um quadro de abdome agudo e constitui um desafio diagnóstico nos serviços de emergência.

Palavras-chave: neoplasia colorretal;HARTMANN;ABDOME AGUDO PERFURATIVO.