

30/S1

VOLUME 30 - SUPLEMENTO 1
MAIO DE 2020
ISSN 0103-880 X
E-ISSN 2238-3181

RMMG

REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS

CENTRO DE ESTUDOS DO HOSPITAL MONTE SINAI

**I CONGRESSO DE
CLÍNICA CIRÚRGICA DE
JUIZ DE FORA**

19 E 20 DE SETEMBRO DE 2019

Suplemento do I Congresso
de Clínica Cirúrgica de Juiz de
Fora

Revista Médica de Minas Gerais

EDITOR CHEFE

Agnaldo Soares Lima
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

VICE-EDITORA CHEFE

Maria Isabel Toulson Davisson Correia
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS

CIRURGIA

Rodrigo de Oliveira Peixoto
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - MG, Brasil

CLÍNICA MÉDICA

Enio Roberto Pietra Pedrosa
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mário Benedito Costa Magalhães

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí
Pouso Alegre - MG, Brasil

Nestor Barbosa de Andrade

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG, Brasil

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Agnaldo Lopes Silva Filho
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

MEDICINA SOCIAL

Aline Dayrell Ferreira Sales
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

ORTOPEDIA

Lúcio Honório de Carvalho Junior
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PEDIATRIA

Maria do Carmo Barros de Melo
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PSIQUIATRIA

Frederico Duarte Garcia
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Luciana Costa Silva
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Ahmed Helmy Salem
Assiut University Hospitals & Faculty of Medicine Tropical Medicine & Gastroenterology Department
Assiut EGYPT

Aldo da Cunha Medeiros

Centro Ciências da Saúde da UFRN
Natal - RN, Brasil

Almir Ribeiro Tavares Júnior

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil
Antônio Luiz Pinho Ribeiro
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Aroldo Fernando Camargos

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Bruno Caramelli

Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Bruno Zilberstein

Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Carlos Teixeira Brandt

Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Cor Jesus Fernandes Fontes

Faculdade de Medicina da UFMT
Cuiabá - MT, Brasil

Dulciene Maria Magalhães Queiroz

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Edmundo Anderi Júnior

Faculdade de Medicina do ABC
São Paulo, SP - Brasil

Enio Cardillo Vieira

Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Fábio Leite Gastal

Hospital Mãe de Deus
Porto Alegre - RS, Brasil

Fabio Zicker

Organização Mundial da Saúde
Genebra, SUÍÇA

Federico Lombardi

Universtá degli Studi di Milano
Milano, ITALY

Francisco José Dutra Souto

Universidade Federal do Mato Grosso
Cuiabá - MT, Brasil

Genival Veloso de França

Centro de Ciências da Saúde da UFPA
João Pessoa - PB, Brasil

Georg Petroianu

Department of Cellular Biology & Pharmacology Herbert Wertheim College of Medicine
Florida International University
Miami, FL - USA

Gerald Minuk

University of Manitoba, Department of Internal Medicine
Manitoba, CANADA

Geraldo Magela Gomes da Cruz

Faculdade de Ciências Médicas de MG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Giselia Alves Pontes da Silva

Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Henrique Leonardo Guerra

PUC Minas
Belo Horizonte - MG, Brasil

Henrique Neves da Silva Bittencourt

Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine - Université de Montreal
Montreal - QC, CANADÁ

Jacques Nicoli

Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Jair de Jesus Mari

Faculdade de Medicina da UNIFESP
São Paulo - SP, Brasil

João Carlos Pinto Dias

Centro de Pesquisas René Rachou-FIOCRUZ
Belo Horizonte - MG, Brasil

João Carlos Simões

Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)
Curitiba, PR - Brasil

João Galizzi Filho

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

José Carlos Nunes Mota

Departamento de Medicina da UFS
Aracaju, SE - Brasil

José da Rocha Carvalho

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP
São Paulo, SP - Brasil

Leonor Bezerra Guerra

Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Armando Cunha de Marco

Faculdade de Medicina da UFMG

Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Henrique Perocco Braga

McMaster University, Department of Surgery/Urology
Hamilton, Ontário, Canadá

Manoel Roberto Maciel Trindade

Departamento de Cirurgia da UFRGS
Porto Alegre, RS - Brasil

Marco Antonio de Avila Vitoria

Organização Mundial da Saúde - OMS
Genebra, SUÍÇA

Marco Antonio Rodrigues

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Maria Inês Boechat

Dept. of Radiological Sciences
David Geffen School of Medicine at UCLA
University of Califórnia
Los Angeles - CA, USA

Mauro Martins Teixeira

Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mircea Beuran

Clinical Emergency Hospital Bucharest
Bucharest, ROMENIA

Naftale Katz

Fundação Oswaldo Cruz,
Centro de Pesquisas René Rachou
Belo Horizonte - MG, Brasil

Nagy Habib

Imperial College London. Department of Surgery
London, UK

Nicolau Fernandes Krueel

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e UNISUL
Florianópolis. SC - Brasil

Nilson do Rosário Costa

Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Oriando da Silva

Department of Paediatrics, UWO
Neonatal Intensive Care Unit
London, Ontario, Canadá

Paulo Roberto Corsi

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP
São Paulo, SP - Brasil

Pedro Albajar Viñas

Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Pietro Accetta

UFF / Faculdade de Medicina
Niterói - RJ - Brasil

Protásio Lemos da Luz

Universidade de São Paulo - Incor
São Paulo - SP, Brasil

Renato Manuel Natal Jorge

Universidade do Porto
Porto - Portugal

Roberto Marini Ladeira

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Belo Horizonte - MG, Brasil

Rodrigo Correa de Oliveira

Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas
René Rachou, Laboratório de Imunologia
Belo Horizonte - MG, Brasil

Ruy Garcia Marques

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ, Brasil

Sandhi Maria Barreto

Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Sérgio Danilo Pena

Instituto de Ciências Biológicas - UFMG
Núcleo de Genética Médica - GENE
Belo Horizonte - MG, Brasil

William Hiatt

Colorado Prevention Center
Denver, Colorado, USA

Normas de Publicação

1. A Revista Médica de Minas Gerais (RMMG) destina-se à publicação de artigos originais, revisões, atualizações terapêuticas, relatos de casos, notas técnicas, comentários, pontos de vista e imagens inéditas das especialidades médicas e demais ciências da saúde.

2. A revista tem periodicidade continuada, a partir de 2016, com a seguinte estrutura: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Atualização Terapêutica, Educação Médica, História da Medicina, Relatos de Caso, Comentários ou Pontos de vista, Imagens, Cartas aos Editores, Comunicados das Instituições Mantenedoras e as Normas de Publicação.

2.1 Para efeito de categorização dos artigos, considera-se:

a) Artigo Original: trabalhos que desenvolvam crítica e criação sobre a ciência, tecnologia e arte da medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagem dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza.

b) Artigos de Revisão: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar a abordagem sobre os vários processos utilizados na recuperação do ser humano de situações que alteram suas relações saúde doença.

c) Atualização Terapêutica: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre a terapêutica em medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar a abordagem sobre os vários processos utilizados na recuperação do ser humano de situações que alteram suas relações saúde doença.

d) Relato de Caso: trabalhos que apresentam a experiência médica, biológica ou de matérias afins em função da discussão do raciocínio, lógica, ética, abordagem, tática, estratégia, modo, alerta de problemas usuais ou não, que ressaltam sua importância na atuação prática e mostrem caminhos, conduta e comportamento para sua solução.

e) Educação Médica: trabalhos que apresentam avaliação, análise, estudo, relato, inferência sobre a experiência didático-pedagógica e filosófica, sobre os processos de educação em medicina, biologia e matérias afins.

f) História da Medicina: trabalhos que revelam o estudo crítico, filosófico, jornalístico, descritivo, comparativo ou não sobre o desenvolvimento, ao longo do tempo, dos fatos que contribuíram para a história humana relacionada à medicina, biologia e matérias afins;

g) Comentários ou Pontos de Vista: Apresentação de comentários, opiniões ou ponto de vista sobre assuntos de relevância em todos os campos da medicina, biologia e ciências da saúde em geral, a convite ou demanda espontânea;

h) Imagem: Flagrantes registrados de momentos, fenômenos, situações que descrevem alterações biológicas ou médicas de importância para a atualização, reciclagem de conhecimentos, revelados por sua aparência com a descrição e discussão sucinta do registro e indicação de referências para estudo do assunto;

i) Cartas aos Editores: correspondências de leitores comentando, discutindo ou criticando artigos publicados na revista. Sempre que possível, uma resposta dos autores ou editores será publicada junto com a carta;

3. Os trabalhos recebidos serão analisados pelo Corpo Editorial da RMMG (Editor Geral, Editores Associados, Conselho Editorial, Revisores e Consultores Ad Hoc). Um trabalho submetido é primeiramente protocolado e analisado quanto a sua apresentação e normas, estando estas em conformidade, o trabalho é repassado aos Editores Associados que indicarão dois revisores da especialidade correspondente. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, os Editores Associados os avalia e decide pela aceitação do artigo, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Um manuscrito pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos mas cada versão é sempre analisada pelos revisores, Editores Associados e/ou o Editor Geral, que detém o poder da decisão final, podendo a qualquer momento ter sua aceitação ou recusa determinada.

4. Para os trabalhos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia do parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012, e para os manuscritos que envolverem apoio financeiro, este deve estar explícito claramente no texto e declarados na carta de submissão a ausência de qualquer interesse pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro na publicação do mesmo.

5. Os trabalhos devem ser submetidos no sistema de submissão online, no site da RMMG <www.rmg.org>, inserindo o original e suas respectivas ilustrações, anexos e apêndices; Parecer do Comitê de Ética, quando houver; e carta de submissão do manuscrito, dirigida ao Editor Geral, indicando a sua originalidade, a não submissão a outras revistas, as responsabilidades de autoria, a transferência dos direitos autorais para a revista em caso de aceitação e declaração de que não foi omitido qualquer ligação ou acordo de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação do artigo.

6. Os trabalhos devem ser digitalizados utilizando-se a seguinte configuração: margens esquerda e superior de 3cm e direita e inferior de 2cm; tamanho de papel formato A4 (21 cm X 29,7 cm); espaço entrelinhas de 1,5 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

7. Para efeito de normalização adota-se o "Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas" (International Committee of Medical Journal Editors)- Es-

tilo Vancouver - disponível em: <<http://www.icmje.org/>>

8. As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, sem parênteses, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo. As referências consequentemente são em ordem numérica e devem ser apresentadas

9. Os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem:

a. Primeira Página: Nome(s) completo do(s) autor(es) acompanhado(s) de sua(s) profissão, maior título, categoria(s) funcional(is) e respectivas(s) afiliação(ões); indicação da instituição onde o trabalho foi realizado; endereço para correspondência; indicação da categoria do artigo (ver item 2.1);

b. Segunda Página: Título em português e inglês; Resumo e Abstract (em formato semi-estruturado para os artigos originais)* do trabalho em português, sem exceder o limite de 250 palavras; Palavras-chave e Keywords, de acordo com Descritores em Ciências da Saúde-(DECS) da BIREME (<http://bvsalud.org/>);

c. Terceira Página: TEXTO> Introdução Material, Casuística e Método ou Descrição do Caso, Resultados, Discussão e/ou Comentários (quando couber) e Conclusões;

d. Agradecimentos (Opcional);

e. Referências como especificado no item 7 dessa norma;

i. *Normas: O resumo no formato semi-estruturado deverá ser adotado para os artigos da categoria "artigos originais", compreendendo, obrigatoriamente, as seguintes partes, cada uma das quais indicadas pelo subtítulo respectivo: Introdução; Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões.

10. As ilustrações são denominadas: TABELA (tabelas e quadros) e FIGURA (fotografias, gráficos e outras ilustrações). Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto. Exemplo: (Tabela 1, Figura 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da tabela ou figura. Ex: (Tabela 1, Figura 1). As fotografias deverão ser enviadas conforme as instruções do sistema e não devem ser incorporadas no editor de texto; podem ser em cores e deverão estar no formato JPG, em alta resolução (300 dpi) e medir, no mínimo, 10cm de largura (para uma coluna) e 20cm de largura (para duas colunas). Devem ser nomeadas, possuir legendas e indicação de sua localização no texto.

11. As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum.

12. Lista de Checagem: Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem a seguir:

a. Página de Rosto com todas as informações solicitadas;

b. Resumo em Português com Palavras-Chave;

c. Resumo em Inglês – Abstract e Keywords

d. Texto (com citações numeradas por ordem de aparecimento indicadas por algarismos arábicos);

e. Referências no estilo Vancouver, numeradas em Ordem de aparecimento das citações no texto;

f. Tabelas Numeradas por Ordem de aparecimento

g. Figuras numeradas por ordem de aparecimento;

h. Legendas e fontes das Tabelas e figuras.

APOIO

ETHICON
a Johnson & Johnson company


ProSport
ORTOPEDIA E MEDICINA DO ESPORTE

UNICRED


Clínica
Laparos
QUIRURGIA GINECOLÓGICA E OBSTETRIZ

 **DROGASIL**


Fadepe

ESTA EDIÇÃO É RESULTADO DA PARCERIA ENTRE AS SEGUINTE INSTITUIÇÕES:


MONTE SINAI
HOSPITAL E MATERNIDADE


AMMG


**BIBLIOTECA
VIRTU**
ASSOCIAÇÃO MÉDICA
DE MINAS GERAIS

EXPEDIENTE

REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS

MANTENEDORA:

Associação Médica de Minas Gerais – AMMG
UNIMED BH

EDITOR-CHEFE

Prof. Dr. Agnaldo Soares Lima

INDEXADA EM:

LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;
PERIÓDICA-Índice de Revistas Latinoamericanas;
LATINDEX – Sistema Regional de Información en Línea para revistas Científicas da América latina, El Caribe y Portugal.

ISSN: 0103-880X

e-ISSN: 2238-3181

Disponível em:

www.rmmg.org

Faculdade de Medicina da UFMG:

<http://rmmg.medicina.ufmg.br/>

Biblioteca Universitária da UFMG:

<https://www.bu.ufmg.br/periodicos/revista-medica-de-minas-gerais>

Portal de Periódicos CAPES:

<http://www-periodicos-capes-gov-br.ez27.periodicos.capes.gov.br/>

Afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

Início da Publicação: v.1, n.1, jul./set. 1991

Periodicidade: Trimestral

Normas para publicação, instruções aos autores e submissão de manuscritos estão disponíveis em: www.rmmg.org

Correspondências:

Revista Médica de Minas Gerais –
Associação Médica de Minas Gerais

Av. João Pinheiro, 161 – Biblioteca Virtual. CEP: 30130-183

Belo Horizonte, MG – Brasil. Telefone: 55-31-3247-1633

e-mail: revistamedica@ammg.org.br

Submissão de artigos:

www.rmmg.org

Diagramação:

Museale

www.museale.com.br

EDITORIAL

Foi realizado nos dias 19 e 20 de setembro de 2019 o I Congresso de Clínica Cirúrgica de Juiz de Fora, no Hospital Monte Sinai. O evento foi organizado pela Clínica Láparos em parceria com o Hospital Monte Sinai e com os discentes da Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF.

Contando com mais de 200 congressistas, entre eles: médicos, residentes e acadêmicos do curso de medicina, o evento foi abrilhantado com palestras de grandes profissionais e professores da UFJF e abordou os mais diversos temas da área clínica-cirúrgica, propondo-se a colocar em discussão os principais aspectos da prática médica nessa área. Seu grande diferencial foi trazer a tona palestras como “Planejamento da Carreira do Cirurgião” e a mesa redonda sobre “Mulheres na Cirurgia”, além de atualização sobre temas de grande relevância cotidiana.

Além disso, também como forma de contribuir com a produção científica, foram apresentados 20 trabalhos dos quase 30 submetidos à Comissão Científica do evento, porém apenas 17 deles estiveram de acordo com as normas da revista em tempo previsto para submissão. A Comissão Científica foi composta pelos professores Dr. José Antônio Chehuen Neto, Dr. Frederico Cantarino Cordeiro de Araújo e Dr. Marcus da Matta Abreu, os quais selecionaram os três melhores trabalhos para serem apresentados oralmente no evento e demais para serem apresentados na forma de pôster também durante o evento. Dessa maneira, é com grande satisfação que trazemos nesse suplemento esses trabalhos, com objetivo de contribuirmos com o intercâmbio de informações e com a difusão de conhecimento.

Comissão Organizadora do
I Congresso de Clínica Cirúrgica de Juiz de Fora.



INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

A comissão organizadora do I Congresso de Clínica Cirúrgica de Juiz de Fora torna pública a abertura do edital de seleção de trabalhos científicos para o evento, nas condições apresentadas a seguir. Somente as informações contidas neste edital deverão ser consideradas para a submissão de trabalhos.

TEMAS

- 1- CIRURGIA GERAL
- 2- CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
- 3- CIRURGIA TORÁCICA
- 4- CIRURGIA CARDIOVASCULAR
- 5- CIRURGIA ONCOLÓGICA
- 6- CIRURGIA VASCULAR
- 7- CIRURGIA PLÁSTICA
- 8- CIRURGIA BARIÁTRICA
- 9- COLOPROCTOLOGIA

Art 1º: DO OBJETIVO:

1.1. O presente edital tem o propósito de propiciar a participação de todos os profissionais, residentes e acadêmicos de medicina inscritos, desde que sejam cumpridos os seguintes requisitos.

1.1.1. O inscrito deve ser pertencente às instituições autorizadas pelo MEC.

1.1.2. Os acadêmicos de medicina devem ser orientados por um médico ou professor universitário.

1.2. Serão aceitos trabalhos para publicação na categoria de pôster.

Art 2º: DOS PRAZOS:

2.1. A abertura deste edital inicia-se em **20 de JULHO de 2019** (sábado), com limite de fechamento às **23 horas e 59 minutos (horário de Brasília) do dia 05 de SETEMBRO de 2019** (domingo). Não serão aceitos trabalhos enviados após essa data e horário, para fins de seleção.

Art 3º: DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES PARA SUBMISSÃO DE RESUMOS:

3.1. O apresentador do trabalho e TODOS os membros do grupo devem estar obrigatoriamente inscritos no evento. É vedada ao orientador do trabalho a possibilidade de apresentá-lo.

3.1.1. É necessário que **TUDO O GRUPO** realize inscrição e pagamento no evento até a data de fechamento deste

edital, ficando facultativa a inscrição do Orientador.

3.1.2. Os autores dos pôsteres devem informar o nome completo do apresentador, do autor principal, dos coautores, do orientador e da instituição de ensino no ato da submissão do trabalho.

3.1.3. Alterações posteriores no texto do resumo, bem como alterações de nome do autor principal, coautores, orientador e instituições relacionadas não serão permitidas após a submissão do trabalho. As informações fornecidas são de inteira responsabilidade do autor que submete o resumo.

3.1.4. O conteúdo do resumo é de inteira responsabilidade dos componentes do grupo, devendo os autores se atentarem para submissão de temas originais. É proibido o plágio de trabalhos já publicados ou enviados para publicação.

3.1.4. O descumprimento de qualquer item acima acarretará em eliminação do processo seletivo.

3.2. Os trabalhos deverão ser submetidos em formato de resumo através do site: <https://doity.com.br/congressodeclinicacirurgicadejuizdefora>

Trabalhos enviados em quaisquer outras plataformas não serão aceitos, estando automaticamente excluídos da submissão.

3.2.1. Os trabalhos deverão ser submetidos pelo autor principal, que deverá incluir o nome completo e e-mail dos coautores no ato da submissão. O nome do autor principal deverá ocupar o primeiro lugar na ordem da listagem de nomes informados

3.2.3. O modelo de formatação do resumo deverá ser adequado conforme o disposto no artigo 5º deste edital.

3.3. Cada primeiro autor pode submeter até 02 (dois) trabalhos. Não há limite para coautores e orientadores.

3.4. Os trabalhos deverão ser inéditos, não tendo sido previamente publicados ou apresentados em outros eventos.

3.5. Não serão aceitos quaisquer pedidos de revisões sobre as avaliações dos trabalhos científicos.

3.6. Poderão ser submetidos trabalhos que abordem quaisquer áreas da cirurgia reservando-se a Comissão Julgadora o direito de aceitar ou recusar trabalhos de acordo com o seu conteúdo e coerência com a temática central do Congresso.

3.7. Serão selecionados 40 trabalhos.

3.8. À comissão se reserva o direito de não selecionar o número de trabalhos disposto neste edital, caso os resumos enviados não cumpram os requisitos de seleção e qualidade.

3.9. Ao submeter os trabalhos, os autores assumem o cumprimento das legislações e normas éticas que regem a pesquisa com seres humanos e animais, incluindo-se a aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa e de Ética Clínica em Pesquisa em Animais, nos casos em que tal fato

se aplica.

3.10. É permitida a submissão de resumos com coautoria de membros da organização do evento.

3.11. Todos os materiais produzidos sobre os trabalhos (anais, certificado, dentre outros) serão reprodução fiel das informações submetidas pelo autor. Portanto, **não é possível proceder a alterações quanto à grafia do título, resumo ou autores após a submissão dos trabalhos**. Salientamos que as informações fornecidas são de inteira responsabilidade do autor que submete o texto.

Art 4º: DAS CATEGORIAS:

4.1. Serão aceitos trabalhos nas seguintes categorias:

4.1.1. Experimental ou Epidemiológico ou Observacional (máximo SETE autores, incluindo-se Orientador): apresentação de resultados de projetos de pesquisa científica experimental, envolvendo animais ou seres humanos; ou trabalhos originais e inéditos, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento epidemiológico, seja por apresentar avaliação, análise, estudo, relato ou inferência da epidemiologia nas ciências afins.

4.1.2. Relato de caso (máximo SETE autores, incluindo-se Orientador): descrição de casos clínicos envolvendo situações raras, nunca ou pouco descritas na literatura, assim como aquelas que incluam formas inovadoras de diagnóstico e/ou tratamento.

4.1.3. Revisão de literatura (máximo SETE autores, incluindo-se Orientador): trabalhos de revisão crítica da literatura científica sobre assunto específico de interesse médico.

4.2. Trabalhos enviados que não se enquadram em nenhuma das categorias supracitadas serão excluídos do processo seletivo.

Art 5º: DO FORMATO DOS RESUMOS:

5.1. Todos os trabalhos submetidos deverão seguir as seguintes normas quanto à formatação:

5.1.1. Formato: texto salvo em formato editável do WORD, em papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm), margens superior e inferior com 3 cm, margens esquerda e direita com 2 cm. Todas as páginas, excluída a do título devem ser numeradas. Máximo de 30 linhas por lauda.

5.1.2. Características do texto: letra Arial, número 12, espaçamento entre linhas de 1,5 cm, justificado.

5.1.3. Título: caixa alta, centralizado, na primeira linha, máximo de 150 caracteres (contando espaços e pontuação) e sua versão em inglês na linha abaixo.

5.1.4. Autores: na terceira linha, na ordem: autor principal, coautor (es) e orientador, segundo as normas de Vancouver; na linha abaixo, menção à instituição à qual pertencem; no caso do autor principal, citar os dados pessoais (e-mail e telefone).

5.1.5. Corpo do texto: parágrafo único, contendo até 2500 caracteres, de forma que os autores, instituição, e-mail, títulos, referências e palavras-chaves não entrem na contagem total de caracteres.

5.1.6. As referências bibliográficas deverão estar após o corpo do texto, numeradas e de acordo com as normas

de Vancouver. Para efeito de normalização adota-se o “Uniform Requirements for Manuscripts (URM) do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)- Estilo Vancouver - disponível em: <http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese_1999.pdf > As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo, sem parênteses. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o “Journals Database” do PUBMED, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> ou no Portal de Revistas Científicas da BVS, BIREME/OPAS/OMS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>

As abreviaturas dos títulos só têm ponto após a última palavra. Exs: Rev Med Minas Gerais.; N Engl J Med.

5.2. A divisão do corpo do texto deve estar de acordo com o modelo:

5.2.1. Experimental ou Epidemiológico ou Observacional:
a) Introdução, Objetivos, Material e Métodos (OBRIGATORIAMENTE indicar o tipo de estudo), Resultados, Conclusões.

5.2.2. Relato de caso: Introdução, descrição do caso, discussão e conclusões.

5.2.3. Revisão de literatura: Introdução, Objetivos, Metodologia de Busca, Discussão e Conclusão.

5.3. O resumo submetido deverá conter até no máximo 250 palavras. Ao final, devem ser incluídas no máximo seis palavras-chave/descriptores.

5.3.1 Palavras-chave devem estar de acordo com Descritores em Ciências da Saúde-DECS da BIREME/OPAS/OMS versão do Medical Subject Headings (MeSH) do PUBMED da National Library of Medicine. Disponível em <http://decs.bvs.br/> ;

5.4. Considerações acerca do corpo do texto do resumo:

5.4.1. É proibida a menção do título, do(s) nome(s) do(s) autor(es) e de instituições.

Estes dados deverão ser informados em um segundo arquivo e anexado no local indicados pelo sistema.

5.4.2. Não serão permitidas ilustrações, gráficos, tabelas e/ou bibliografias no resumo, bem com formatações com negrito, itálico, sublinhado ou qualquer outra forma de diferenciação.

5.4.3. Letras gregas e símbolos representativos deverão sempre ser expressos por extenso.

5.4.4. Ao utilizar sigla ou abreviatura no resumo, grafá-la por extenso na primeira vez em que for citada no texto, seguida pela sigla ou abreviatura correspondente entre parênteses. Nas citações seguintes, utilizar apenas a sigla ou abreviatura.

5.5. Os trabalhos que não se enquadrarem nas especificações deste edital estarão sujeitos à penalização na nota do processo seletivo e possível desclassificação.

5.6. Considerações acerca da formatação do resumo:

5.6.1. Formato: texto salvo em formato editável do WORD, em papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm), margens superior e inferior com 3 cm, margens esquerda e direita com 2 cm. Todas as páginas, excluída a do título devem ser numeradas.

Máximo de 30 linhas por lauda.

5.6.2. Características do texto: letra Arial, número 12, espaçamento entre linhas de 1,5 cm, justificado.

5.6.3. Título: caixa alta, centralizado, na primeira linha, máximo de 150 caracteres (contando espaços e pontuação) e sua versão em inglês na linha abaixo.

5.6.4. Autores: na terceira linha, na ordem: autor principal, coautor (es) e orientador, segundo as normas de Vancouver; na linha abaixo, menção à instituição à qual pertencem; no caso do autor principal, citar os dados pessoais (e-mail e telefone).

5.6.5. Corpo do texto: parágrafo único, contendo até 2500 caracteres, de forma que os autores, instituição, e-mail, títulos, referências e palavras-chaves não entrem na contagem total de caracteres.

5.6.6. As referências bibliográficas deverão estar após o corpo do texto, numeradas e de acordo com as normas de Vancouver. Para efeito de normalização adota-se o “Uniform Requirements for Manuscripts (URM) do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)- Estilo Vancouver - disponível em: < http://www.icmje.org/recommendations/translations/portuguese_1999.pdf >

As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo, sem parênteses. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o “Journals Database” do PUBMED, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> ou no Portal de Revistas Científicas da BVS, BIREME/OPAS/OMS, disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>

As abreviaturas dos títulos só têm ponto após a última palavra. Exs: Rev Med Minas Gerais.; N Engl J Med.

Art 6º: DAS AVALIAÇÕES:

6.1. Todos os resumos que estiverem de acordo com este regulamento serão avaliados pela Comissão Julgadora de Pôsteres, com base nos seguintes critérios: Originalidade e relevância; Qualidade do delineamento/pacientes e métodos; Qualidade e clareza dos resultados apresentados; Adequação do texto no que tange a correlação entre os objetivos, resultados e conclusões do resumo.

6.2. Serão selecionados os trabalhos com as maiores notas em ordem decrescente.

6.3. Critérios eliminatórios:

6.3.1. Prática de qualquer ato que possibilite a identificação do autor no resumo;

6.3.2. Prática de qualquer ato que impossibilite a identificação do autor na plataforma e ficha de identificação;

6.3.3. Identificação de plágio.

Art 7º: DO RESULTADO FINAL:

7.1. O resultado final será divulgado nas páginas do Facebook e demais plataformas da Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica da UFJF até dia **13/09/2019**, juntamente com o local e horário das apresentações dos selecionados.

7.2. A decisão final da comissão científica é considerada

suprema, irrevogável e inapelável, a qual não será revista.

Art 8º: FORMA DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS

I- Apresentação Oral

II- Pôster

1. **Todos os trabalhos serão enviados inicialmente para apresentação em forma de Pôster. Os melhores trabalhos serão selecionados para Apresentação Oral na forma de uma aula.** O palestrante receberá um certificado.

2. **Cabe à Comissão julgadora avaliar os resumos de trabalhos submetidos e caso identifique a necessidade, modificar opção de apresentação do trabalho.** Caso ocorra, os autores serão previamente comunicados. Obs. 2: Os relatos de casos aceitos deverão ser automaticamente apresentados na forma de Pôster.

APRESENTAÇÃO ORAL

1. Nas apresentações orais, o apresentador deve comparecer com antecedência de 2 horas ao Auditório do Evento e procurar a Organização do Evento para salvar o arquivo no sistema.

2. Apresentações orais deverão ter preparadas sua apresentação utilizando dispositivos claros e concisos (PowerPoint).

3. O tempo de apresentação será de 7 (sete) minutos. Serão reservados 3 (três) minutos para discussão após a apresentação.

4. O tempo máximo de apresentação de 10 minutos é improrrogável.

5. **A ultrapassagem do tempo pode resultar em desclassificação das apresentações na Concorrência de Prêmios.**

APRESENTAÇÃO DE PÔSTER:

1. A apresentação do pôster deve ter duração máxima de 5 minutos, acrescida de 3 minutos para perguntas e comentários a critério da banca examinadora. A cronometragem do tempo é de responsabilidade da Comissão Organizadora.

2. Todos os pôsteres serão apresentados no dia do evento.

3. A ordem e horário de apresentação serão definidos por assunto, e divulgados posteriormente nos meios de comunicação oficiais do evento.

4. A fabricação dos pôsteres é de responsabilidade dos autores do trabalho e a versão final e impressão do pôster devem ser entregues à Comissão Organizadora no dia do evento, em horário a ser determinado posteriormente pelos organizadores, no local do evento, para que já sejam afixados no local determinado no momento da apresentação.

5. Os pôsteres deverão ser confeccionados segundo as normas abaixo:

5.1. Tamanho: 120 cm de altura X 90 cm de largura.

5.2. Título original conforme submetido no resumo, em caixa alta, tamanho mínimo 48 e negrito.

5.3. Autores: autor principal, coautores, orientador, segundo as normas de Vancouver; menção da instituição (nome completo da instituição de vínculo dos autores) na segunda linha; e e-mail para correspondência (e-mail do autor principal) na terceira linha.

5.4. Texto: letra de tamanho mínimo necessário para boa leitura a 1,5 m, Arial, justificado; corpo dividido conforme

categoria.

5.5. Imagens: Incluir fontes e legendas autoexplicativas para figuras e tabelas.

5.6. Máximo de cinco palavras-chave.

5.7. As referências devem estar no final do corpo do texto, em fonte reduzida, conforme as normas de Vancouver.

5.8. Todos os pôsteres devem possuir cordão de fixação para exposição no local de apresentação.

6. A retirada dos pôsteres é de responsabilidade dos autores do trabalho, sob orientação dos organizadores.

7. A comissão científica organizadora não se responsabiliza por danos ou extravios que venham a ocorrer com os pôsteres ou outros materiais.

8. O candidato que não realizar a entrega do material no horário e local especificado, que não se apresentar no período determinado para explanação ou aquele que ultrapassar o tempo determinado para a apresentação perderá pontos na avaliação.

Art 9º: DOS CERTIFICADOS, PREMIAÇÕES E PUBLICAÇÕES:

9.1. Será fornecido 1 (um) certificado a cada Pôster aprovado e apresentado, que será disponibilizado posteriormente ao evento.

9.1.1 É necessário que pelo menos 01 (um) membro do grupo esteja presente no dia do evento para que o grupo receba o certificado.

9.2. Os 20 trabalhos que receberem maior pontuação pelos avaliadores serão enviados para publicação de resumo em um suplemento da Revista Médica de Minas Gerais.

9.2.1 Os resumos enviados serão avaliados pelo Corpo Científico da RMMG (Editor Geral, Editores Associados, Conselho Editorial e Consultores Ad Hoc). Um trabalho submetido é primeiramente protocolado e analisado quanto a sua apresentação e normas, estando estas em conformidade, o trabalho é repassado aos Editores Associados que indicarão dois revisores da especialidade correspondente. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, os Editores Associados os avalia e decide pela aceitação do artigo, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Um manuscrito pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos, mas cada versão é sempre analisada pelos revisores, Editores Associados e/ou o Editor Geral, que detém o poder da decisão final, podendo a qualquer momento ter sua aceitação ou recusa determinada.

9.3 Os organizadores do I Congresso de Clínica Cirúrgica de Juiz de Fora garantem apenas o envio dos resumos aprovados à RMMG, ficando a aceitação ou recusa pela publicação restrita ao corpo científico da revista.

9.4 Cada trabalho será avaliado por 03 (três) julgadores distintos.

Art 10º: DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS:

10.1. As dúvidas em relação a qualquer item deste edital serão respondidas via e-mail: congressocjf@gmail.com

10.2. À Comissão Organizadora se resguarda o direito de decidir sobre qualquer situação não prevista nas disposições deste edital ou de realizar outras quaisquer alterações.

20 de Julho de 2019

Comissão Organizadora do I Congresso de Clínica Cirúrgica de Juiz de Fora.

ORGANIZADORES E AVALIADORES DO I CONGRESSO DE CLÍNICA CIRÚRGICA DE JUIZ DE FORA

O I Congresso de Clínica Cirúrgica de Juiz de Fora teve sua comissão organizadora composta por discentes do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF, orientados pelo Dr. Rodrigo de Oliveira Peixoto. Além disso, compondo a Comissão Científica do congresso tivemos o Dr. José Antônio Chehuen Neto, o Dr. Frederico Cantarino Cordeiro de Araújo e o Dr. Marcus da Matta Abreu.

Dessa forma, os discentes participantes da organização do evento foram:

- 1) Lucas Alves de Almeida: acadêmico do 11º período de medicina da UFJF de presidente da Liga Acadêmica de Clínica Cirúrgica(LACC) da UFJF;
- 2) Emmanuel de Lima Carvalho: acadêmico do 8º período de medicina da UFJF e vice-presidente da LACC;
- 3) Daniel Tagliate Vidigal de Almeida: acadêmico do 8º período de medicina da UFJF de secretário da LACC;
- 4) Gabriel Vieira Gouvêa: acadêmico do 10º período de medicina da UFJF e segundo secretário da LACC;
- 5) Rafael Filgueiras: acadêmico do 10º período de medicina da UFJF e tesoureiro da LACC;
- 6) Maria do Carmo Mattos Martins: acadêmica do 11º período de medicina da UFJF e segunda tesoureira da LACC;
- 7) Diana Francisca de Assis: acadêmica do 11º período de medicina da UFJF e diretora de projetos de extensão da LACC;
- 8) Heitor Cordeiro Olegário: acadêmico do 6º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 9) Érica Medeiros Gomes: acadêmica do 7º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 10) Ana Luíza Guedes Pires: acadêmica do 6º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 11) Luís Pordeus Shafee: acadêmico do 8º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 12) Heitor Teixeira Alves Carvalho: acadêmico do 9º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 13) Beatriz Braga Silva: acadêmica do 8º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 14) Arthur de Pinho Amorim: acadêmico do 7º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 15) Isadora de Oliveira Carvalho: acadêmica do 11º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 16) Tamires Aparecida Alves Borges: acadêmica do 9º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 17) Tayná Magalhães de Almeida: acadêmica do 8º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 18) Maria Aíssa Barbosa Carneiro: acadêmica do 7º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 19) Ana Isabel Ladeira: acadêmica do 8º período de medicina da UFJF e ligante da LACC;
- 20) Ana Luísa Scafura da Fonseca: acadêmica do 7º período

de medicina da UFJF e ligante da LACC;

Eles foram orientados pelo Dr. Rodrigo de Oliveira Peixoto: mestre em cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Possui pós-graduação em cirurgia hepática e digestiva pela Universidade de Barcelona. É professor da Universidade Federal de Juiz de Fora e da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora. Atua como cirurgião geral e do aparelho digestivo do Hospital Monte Sinai e é membro da equipe de transplante hepático do mesmo.

Além disso, compondo a Comissão Científica do evento tivemos:

1) **Dr. José Antônio Chehuen Neto:** graduado em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestre em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental e Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), é Professor Titular (Classe E) da Faculdade de Medicina da UFJF e Coordenador responsável das Disciplinas de Técnica Cirúrgica, Metodologia Científica em Medicina e Metodologia Científica na Saúde.
<http://lattes.cnpq.br/4643243384399514>

2) **Dr. Frederico Cantarino Cordeiro de Araújo:** graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (2012), fez residência em Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, é Cirurgião Geral do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e professor Substituto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.
<http://lattes.cnpq.br/2990338869212653>

3) **Dr. Marcus da Matta Abreu:** Doutor em Ciências pelo Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora em 2002; Cirurgião Geral e Torácico pelo HU UFJF; Especialista em Cirurgia Torácica Oncológica pelo Instituto Nacional de Câncer - INCA MS. É Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal de Juiz de Fora e Professor de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora.
<http://lattes.cnpq.br/2137597387920092>

SUMÁRIO

Editorial.....	2
Instruções para submissão de trabalhos científicos.....	3
Organizadores e Avaliadores do I Congresso de Clínica Cirúrgica de Juiz de Fora.....	7
 <i>Artigos Completos</i>	
Adenocarcinoma de papila duodenal maior – Um relato de caso.....	10
Análise do tratamento cirúrgico dos xantelasma palpebrais: experiência de um serviço de Cirurgia Plástica.....	13
 Resumos.....	 16

Adenocarcinoma de papila duodenal maior – Um relato de caso

Adenocarcinoma of the major duodenal papilla – A case report

Lucas Alves de Almeida¹; Daniel Tagliate Vidigal de Almeida¹; Maria do Carmo Mattos Martins¹; Diana Francisca de Assis¹; Thais Barbosa Alves²; Gabriel Vieira Gouvêa¹; Rafael Filgueiras¹

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Medicina – Juiz de Fora, MG – Brasil.

2. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Cirurgia Geral. Juiz de Fora, MG – Brasil.

Instituição:

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Medicina - Juiz de Fora, MG - Brasil.

Autor Correspondente:

Lucas Alves de Almeida

E-mail:

lucaob7@hotmail.com

RESUMO

Tumores periampulares (TP) são originados a partir de estruturas próximas a Ampola de Vater e correspondem a um grupo heterogêneo de neoplasias. O adenocarcinoma da papila duodenal maior faz parte desse grupo de neoplasias. As principais manifestações são a icterícia do tipo obstrutiva, prurido, colúria, acolia fecal, além de perda ponderal e dor abdominal, associado a elevação dos níveis séricos de bilirrubina e enzimas hepáticas. O prognóstico é obscuro, sendo os carcinomas do tipo pancreaticobiliar aqueles com pior prognóstico. A ecografia endoscópica é o método mais sensível para diagnóstico e estadiamento e o tratamento de escolha é pancreaticoduodenectomia, conhecida como cirurgia de Whipple, frequentemente associada à quimioterapia adjuvante ou terapia de quimiorradiação. O presente trabalho propõe descrever um caso de adenocarcinoma da ampola de Vater em paciente de 38 anos atendida no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), abrangendo desde a sintomatologia inicial, processo diagnóstico até a conduta terapêutica. Sua relevância está em alertar os profissionais da saúde sobre a importância de elencar os tumores periampulares entre os possíveis diagnósticos diferenciais para pacientes com síndrome colestática, dado que o diagnóstico e a ressecção cirúrgica precoce são os fatores decisivos para um melhor prognóstico.

Palavras-chave: adenocarcinoma. colestase extra-hepática. tumores gastrointestinais. ampola de Vater.

ABSTRACT

Periampular tumors (PT) originate from structures close to Vater's Ampulla and correspond to a heterogeneous group of cancers. The adenocarcinoma of the major duodenal papilla is part of this group of cancers. The main manifestations are obstructive jaundice, pruritus, choluria, fecal acholia, weight loss and abdominal pain, associated with elevated serum levels of bilirubin and liver enzymes. The prognosis is poor, with pancreaticobiliar type carcinomas having the worst prognosis. Endoscopic ultrasound is the most sensitive method for diagnosis and staging, and the best treatment is pancreaticoduodenectomy, known as Whipple surgery, often associated with adjuvant chemotherapy or chemoradiation therapy. The article proposes to describe a case of adenocarcinoma of the Vater's ampulla in a 38-year-old patient treated at the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora (HU-UFJF), covering from the initial symptoms, the diagnostic process and the therapeutic conduct. Its relevance is to alert health professionals about the importance of listing periampular tumors among the possible differential diagnoses for patients with cholestatic syndrome, considering that the diagnosis and early surgical resection are decisive factors for a better prognosis.

Keywords: Periampullary malignancies. extrahepatic cholestasis. gastrointestinal tumors. ampulla of Vater. Whipple's procedure.

INTRODUÇÃO

Os tumores periampulares (TP) correspondem a um grupo heterogêneo de neoplasias que podem originar-se de estruturas próximas a ampola de Vater. O adenocarcinoma da papila duodenal maior faz parte desse grupo de neoplasias, apresentando incidência relatada na população geral de cerca de 0,2% entre os tumores gastrointestinais. Apresenta discreta predominância em homens caucasianos, sendo incomum em pacientes com menos de 45 anos.¹

Manifesta-se por icterícia do tipo obstrutiva, à qual pode estar associada a prurido, colúria e/ou acolia fecal. A perda ponderal é o segundo sintoma mais comum e a dor abdominal, também frequente, apresenta-se como uma dor em aperto na região epigástrica, hipocôndrio direito e por vezes, na região dorsal.²

Ao exame clínico estão entre os achados: icterícia, vesícula de Courvoisier e dor abdominal à palpação. O roteiro diagnóstico tem início com a realização de análises laboratoriais que frequentemente mostram alterações dos níveis séricos de bilirrubina e enzimas hepáticas. A ecografia abdominal é o método de imagem não invasivo mais útil na investigação inicial da icterícia e no estudo do nível da obstrução, no entanto a ecografia endoscópica é o método mais sensível para diagnóstico e estadiamento (T) neste tipo de tumor. Tanto a tomografia computadorizada (TC) e a colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) permitem obter mais informações acerca do tumor, bem como da relação deste com os órgãos subjacentes.²

O prognóstico de pacientes com adenocarcinoma periampular é pobre.³ O tipo histológico tem importante impacto prognóstico.^{4,5} No entanto, para pacientes com diagnóstico precoce, os tratamentos tem apresentado melhores resultados.³

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente VMSG, 38 anos, feminino, residente de Espera Feliz, iniciou quadro de icterícia, colúria e acolia fecal, em abril de 2018, sendo encaminhada para realização de colecistectomia e colocação de dreno biliar externo devido a coledocolitíase, permanecendo com o dreno por 5 meses, quando foi encaminhada para o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), para retirada e realização de CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica). Realizou a CPRE com colocação de endoprótese e retirada do dreno, sem intercorrências, foi realizada biópsia de lesão subepitelial de papila duodenal maior, evidenciada durante o procedimento. O anatomopatológico de outubro de 2018 evidenciou processo proliferativo epitelial com ninhos sólidos de células, pouco diferenciadas de aspecto infiltrativo, sugestivo de adenocarcinoma. Foram realizadas tomografia computadorizada de tórax, abdome e pelve com contraste para estadiamento, solicitado CA 19-9, CEA e imunohistoquímica. Após análise dos exames e constatado ausência de infiltrações locais e metástases a distância, foi indicado a realização da gastroduodenopancreatectomia em

julho de 2019, sem intercorrências durante o procedimento.

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma da ampola de Vater é uma neoplasia maligna rara que, em sua maioria, se apresenta precocemente e é de origem esporádica. Os sintomas estão relacionados com a obstrução pancreatobiliar, cujo prognóstico está intimamente relacionado ao estadiamento no momento do diagnóstico.

Pacientes com doença localizada são tratados principalmente por pancreaticoduodenectomia, frequentemente seguidos pela administração de quimioterapia adjuvante ou terapia de quimiorradiação¹. A ressecção cirúrgica com quimioterapia adjuvante oferece uma taxa de sobrevida de 5 anos de 28 ou 40% em pacientes com câncer pancreático ou periampular, respectivamente. Tem sido demonstrado que o aumento do tempo para a cirurgia está relacionado à irressuscitabilidade cirúrgica, uma vez que uma proporção de pacientes apresenta disseminação local ou a distância oculta. Consequentemente, a cirurgia precoce é considerada imprescindível.³

Neste contexto torna-se pertinente apresentar o caso de uma paciente que se apresentou no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora com sinais e sintomas de colestase que demonstrou tratar-se de um Adenocarcinoma da Ampola de Vater.

Dessa forma, observa-se a relevância de alertar os profissionais da saúde sobre a importância da atenção aos diagnósticos diferenciais para pacientes com síndrome colestatia, dada a importância prognóstica da detecção precoce dos tumores periampulares.

CONCLUSÕES

O diagnóstico precoce dos tumores periampulares é fundamental para um melhor prognóstico, visto que a ressecção cirúrgica apresenta potencial curativo. Apesar de incomum, devem ser elencados entre os diagnósticos diferenciais da icterícia em pacientes jovens.

QUESTÕES ÉTICAS

A autorização para relato do caso foi obtida após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável legal.

REFERÊNCIAS

1. Al-Jumayli M, Batool A, Middiniti A, Saeed A, Sun W, Al-Rajabi, *et al.* Clinical Outcome of Ampullary Carcinoma: Single Cancer Center Experience. *J Oncol.* 2019 May 2.
2. Sousa BCS. Caso clínico de adenocarcinoma da ampola de Vater. [Trabalho final de mestrado integrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2017.
3. Pandé R, Hodson J, Murray A, Marcon F, Kalisvaart

- M, Marudanayagam R, *et al.* Evaluation of the clinical and economic impact of delays to surgery in patients with periampullary cancer. *BJS Open.* 2019;3(4):476–484.
4. Carter JT, Grenert JP, Rubenstein L, Stewart L, Way LW. Tumors of the ampulla of vater: histopathologic classification and predictors of survival. *J Am Coll Surg.* 2008 Aug;207(2):210-8.
 5. Westgaard A, Tafjord S, Farstad IN, Cvancarova M, Eide TJ, Mathisen O, *et al.* Pancreatobiliary versus intestinal histologic type of differentiation is an independent prognostic factor in resected periampullary adenocarcinoma. *BMC Cancer.* 2008; 8(170).

Análise do tratamento cirúrgico dos xantelasma palpebrais: experiência de um serviço de Cirurgia Plástica

Analysis of surgical treatment of eyelid xanthelasma: experience of a Plastic Surgery service

CARVALHO, Emmanuel de Lima¹; BELGO, Thaíssa Ramim Reis¹; MATTOS MARTINS, Maria do Carmo¹; PEDROSA, Nathália Villarins²; SILVA, Paula Valente da²; LOPES, Lucas de Mattos²; DORNELAS, Marinho Tadeu³.

RESUMO

Introdução: Xantelasma são placas amareladas benignas que acometem pele de pálpebras e cursam com limitação funcional e queixa estética, impactando vida social e emocional. Com prevalência de 1,4% na população geral, predominam no sexo feminino e associam-se a hiperlipidemias, formados por deposições dérmicas de colesterol. De diagnóstico clínico, está indicada histopatologia em casos duvidosos. O tratamento de escolha é cirúrgico, através de exérese simples ou associada a blefaroplastia, epicantoplastia medial, retalhos locais e enxertos de pele total. Outras opções são terapia a laser, cauterização química com ácido tricloroacético, radiofrequência e crioterapia. Apesar da variedade terapêutica disponível, ainda são descritas na literatura taxas de recidiva local de até 40%. **Objetivo:** Analisar taxas de recidiva local associadas à ressecção cirúrgica enquanto tratamento de escolha para os xantelasma. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional retrospectivo, em que foram analisados prontuários de 18 pacientes submetidos à ressecção cirúrgica de xantelasma pelo serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário da UFJF nos anos de 2016 a 2018. Foram avaliadas localização das lesões e taxas de recidiva local. **Resultados:** A localização das lesões mostrou-se predominante em pálpebras superiores, acometendo 10 pacientes (55%), sem predileção por lateralidade. Evoluíram com recidiva local 4 pacientes (22%). **Conclusão:** Os resultados do presente trabalho corroboram a hipótese de que taxas de recidiva local são menores em casos submetidos a tratamento cirúrgico, quando comparadas às descritas na literatura, bem como maior satisfação dos pacientes com os resultados estéticos apresentados. Conclui-se que a ressecção cirúrgica é segura e satisfatória em relação às demais terapêuticas.

Palavras-chave: xantomatose; terapêutica; recidiva.

1. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).
2. Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do HU/UFJF.
3. Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Plástica do HU/UFJF.

Correspondência:

Rua Antônio Altaf, 145/402 – Bairro Cascatinha – Juiz de Fora-MG. CEP: 36.033-330.
E-mail: emmanucarvalho@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Xanthelasma are benign yellowish plaques that affect the eyelid skin and cause functional limitation and aesthetic complaint, impacting social and emotional life. With a prevalence of 1.4% in the general population, they predominate in females and are associated with hyperlipidemias, formed by dermal cholesterol depositions. Clinically diagnosed, histopathology is indicated in doubtful cases. The treatment of choice is surgical, through simple or associated excision of blepharoplasty, medial epicantoplasty, local flaps and total skin grafts. Other options are laser therapy, trichloroacetic acid chemical cauterization, radiofrequency and cryotherapy. Despite the available therapeutic variety, local recurrence rates of up to 40% are still described in the literature. **Objective:** To analyze local recurrence rates associated with surgical resection as the treatment of choice for xanthelasma. **Methods:** This was a retrospective observational study, which analyzed the medical records of 18 patients who underwent surgical resection of xanthelasma by the Plastic Surgery Service of the University Hospital of UFJF from 2016 to 2018. We evaluated lesion location and recurrence rates. **Results:** The location of the lesions was predominant in the upper eyelids, affecting 10 patients (55%), with no preference for laterality. Four patients (22%) evolved with local recurrence. **Conclusion:** The results of the present study corroborate the hypothesis that local recurrence rates are lower in cases submitted to surgical treatment when compared to those described in the literature, as well as greater patient satisfaction with the aesthetic results presented. It is concluded that surgical resection is safe and satisfactory in relation to other therapies.

Keywords: xanthomatosis; therapeutics; recurrence.

INTRODUÇÃO E LITERATURA

O xantelasma palpebral é um tipo de xantoma cutâneo, sendo caracterizado por placas amareladas localizadas na pele das pálpebras.¹ Apesar de ser uma condição considerada benigna, por não cursar com limitação funcional, trata-se de uma importante queixa estética, acarretando impacto significativo na vida social e emocional do portador.

Os xantomas são formados por deposições intracelulares de colesterol em histiócitos presentes nas camadas superficial e média da derme, sobretudo em regiões perivascularares.² Associam-se a hiperlipidemias primárias, e também às secundárias a hipotireoidismo, diabetes mellitus, drogas e dieta rica em gordura e álcool.³

O xantelasma palpebral corresponde ao xantoma que ocorre nas pálpebras, na ausência de outras manifestações no corpo. É a forma mais comum de xantoma cutâneo, acometendo cerca de 1,4% da população, predominando em mulheres e com pico de incidência na faixa etária entre 30 e 50 anos.¹ Clinicamente, apresenta-se como placas amareladas cuja consistência pode ser macia, semissólida ou endurecida. Usualmente estão simetricamente distribuídas na região medial das pálpebras superiores, mas também podem ocorrer em pálpebras inferiores. De acordo com Lee *et al*,² portadores de xantelasma podem ser graduados conforme a localização e extensão das lesões. Grau I são os portadores de lesões apenas nas pálpebras superiores. Grau II são os portadores de lesões que se estendem até a área medial das pálpebras. Grau III são portadores de lesões mediais em pálpebras superiores e inferiores. Grau IV são portadores de comprometimento difuso medial e lateral de pálpebras superiores e inferiores.

O diagnóstico é essencialmente clínico, embasado na história e nas características das lesões. Em quadros clínicos duvidosos, está indicada a biópsia de pele das lesões para estudo histopatológico.¹ O xantelasma apresenta efeito negativo sobre a qualidade de vida dos pacientes, por determinar frequentes queixas estéticas que motivam o portador a buscar remoção das lesões.

O tratamento de escolha é cirúrgico, sendo indicado em casos de hiperlipidemias familiares, envolvimento das quatro pálpebras e recidivas. A principal abordagem cirúrgica é a cirurgia excisional simples, mas também pode estar associada a blefaroplastia, epicantoplastia medial, retalhos locais e enxertos de pele total.¹ Outras modalidades de tratamento são terapia a laser, cauterização química com ácido tricloroacético, tratamento com radiofrequência e crioterapia.⁴ É importante a avaliação do perfil lipídico dos pacientes, uma vez que é comum a presença de alterações nos níveis de lipoproteínas, que devem ser abordadas.⁵

Apesar de inúmeras opções terapêuticas terem sido propostas para fins curativos, nenhum método garante resultados satisfatórios em todos os casos, apresentando altas taxas de recorrência. Segundo Mendelson e Masson, há 40% de chance de recidiva após excisão cirúrgica primária, 60% após a segunda abordagem terapêutica, e 80% quando há comprometimento das quatro pálpebras.

OBJETIVO

Diante da escassez de literatura que relacione as opções terapêuticas com menores taxas de recidiva local, foi objetivo do presente trabalho avaliar os resultados do tratamento cirúrgico das lesões xantomatosas de pálpebras, que é um dos principais procedimentos realizados em serviços públicos de Cirurgia Plástica no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho se trata de um estudo descritivo, retrospectivo, em que foi realizada avaliação dos resultados do tratamento cirúrgico dos xantelasma palpebrais através da análise dos prontuários médicos de uma população composta por pacientes submetidos ao procedimento em questão nos anos de 2016 a 2018 no HU-UFJF, acompanhados por médicos residentes do serviço de Cirurgia Plástica.

Foram critérios de inclusão: pacientes com xantelasma palpebrais submetidos a ressecção cirúrgica das lesões e que não realizaram nenhum tratamento complementar após a extirpação. Foram critérios de exclusão: pacientes que não realizaram tratamento cirúrgico, pacientes não atendidos por médicos residentes do serviço de Cirurgia Plástica, pacientes que realizaram algum tratamento complementar após a extirpação de lesões.

Após coleta de dados, foi possível a realização de procedimentos estatísticos para análise e posterior confecção de dados.

RESULTADOS

Foram avaliados 18 pacientes do HU-UFJF submetidos a procedimento cirúrgico para ressecção de xantelasma palpebrais no período de 2016 a 2018, sendo 2 do sexo masculino e 16 do sexo feminino.

Foi observado maior predileção de xantelasma por pálpebras superiores, seguido de pálpebras inferiores, sem predileção por lateralidade. Apenas 3 pacientes apresentaram xantelasma bilaterais. A faixa etária mais acometida foi a de pacientes entre 41 e 50 anos de idade, seguida daqueles entre 51 e 60 anos. Por fim, observamos que 4 pacientes evoluíram com recidiva local (22%).

DISCUSSÃO

Diferentes opções terapêuticas foram propostas para fins curativos no que tange ao tratamento dos xantelasma, porém nenhum método garantiu resultados satisfatórios em todos os casos, apresentando altas taxas de recorrência, que segundo Mendelson e Masson, podem chegar a 40% após excisão cirúrgica primária, 60% após segunda abordagem terapêutica, e 80% quando há comprometimento das quatro pálpebras. Além disso, existe escassez de literatura que relacione as opções terapêuticas com menores taxas de recidiva local, mas o presente trabalho conseguiu avaliar os resultados do tratamento cirúrgico das lesões xantomatosas de pálpebras, que é um dos principais procedimentos

cirúrgicos realizados em hospitais públicos do país, na área de Cirurgia Plástica Reparadora.

Conforme descrito, foi observada taxa de recidiva de xantelasma palpebrais de 22% em pacientes submetidos à ressecção cirúrgica das lesões como opção terapêutica. Tais resultados corroboram a hipótese de que são menores as taxas de recidiva nos casos conduzidos através de tratamento cirúrgico, bem como maior a satisfação por parte dos pacientes com os resultados estéticos apresentados.

CONCLUSÕES

Quando comparados às taxas descritas na literatura os resultados observados neste estudo permitem concluir que o tratamento cirúrgico dos xantelasma palpebrais se mostra como uma opção terapêutica segura e de resultados estéticos satisfatórios em relação a outras modalidades já descritas anteriormente, como terapia a laser, crioterapia e cauterização química.

REFERÊNCIAS

1. Zak A, Zeman M, Slaby A, Vecka M. Xanthomas: clinical and pathophysiological relations. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2014;158(2):181-8.
2. Nair PA, Singhal R. Xanthelasma palpebrarum - a brief review. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2017;11:1-5.
3. Yang Y, Sun J, Xiong L, Li Q. Treatment of xanthelasma palpebrarum by upper eyelid skin flap incorporating blepharoplasty. *Aesth Plast Surg.* 2013;37(5):882-6.
4. Laftah Z, Al-Niaimi F. Xanthelasma: An update on treatment modalities. *J Cutan Aesthet Surg* 2018;11:1-6.
5. Lee HY, Jin US, Minn KW, Park YO. Outcomes of surgical management of xanthelasma palpebrarum. *Arch Plast Surg.* 2013;40(4):380-6.

RESUMOS

Linfedema unilateral como complicação de obstrução de tronco venoso braquiocefálico.

Unilateral lymphedema as a complication of brachiocephalic vein obstruction.

Daniel Ferreira Lana e Silva¹; Iasmin Damas de Azevedo¹; Régis de Mendonça Piccoli¹; Matheus Oliveira Castro¹; Sérgio Castro Pontes².

1 – Discente do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
2 – Docente do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF
Autor correspondente: Daniel Ferreira Lana e Silva, e-mail: daniel22.04@gmail.com
Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Faculdade de Medicina – FAMED

Introdução: A Síndrome da Veia Cava Superior (SVCS) consiste em um conjunto de sinais e sintomas como edema facial matutino, pletora facial, turgência venosa central, circulação colateral que podem ter origem numa compressão extrínseca, malignidade e mais raramente um trombo. **Descrição do caso:** O caso apresentado mostra a evolução de um trombo em tronco braquiocefálico venoso, seguido de linfedema em hemitórax esquerdo com circulação colateral demonstrada pelo fluxo bidirecional em ultrassonografia (USG) com doppler de veia jugular interna, além de turgência jugular patológica bilateralmente e presença de fistula de diálise em membro superior esquerdo. **Discussão:** A SVCS tem como etiologia mais frequente malignidades oncológicas, porém causas benignas estão crescendo com o uso de dispositivos endovenosos. A paciente foge do padrão etiológico, apresentando causa benigna sem dispositivo implantado, apenas uma fístula em antebraço esquerdo distante do ponto de suboclusão. O caso também demonstra uma rara complicação, o linfedema unilateral devido a obstrução do ducto torácico, além da circulação colateral intracraniana, incluindo o sangue dialisado em antebraço esquerdo. O diagnóstico é clínico, tendo a USG com doppler um grande valor para investigação da causa para posterior tratamento. Este por sua vez consiste em medidas de suporte como elevação da cabeceira, oxigênio e medicamentos, além de terapêutica dirigida, que no caso consistiu na heparinização. **Conclusões:** O presente caso ilustra como a síndrome da veia cava superior pode se apresentar com comorbididades atípicas e ter uma etiologia rara diagnosticada com USG doppler, sem necessitar de transferência para centro de alta complexidade.

Palavras-chave: Síndrome da Veia Cava Superior. Linfedema. Trombose Venosa Profunda. Keywords: Superior Vena Cava Syndrome. Lymphedema. Deep Vein Thrombosis.

Referências:

1. Longo DL. Hematologia e oncologia de Harrison. 18º ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.
2. Cirino LMI, Coelho RF, Rocha ID, Batista BPSN. Tratamento da síndrome da veia cava superior. J. bras. pneumol. 2005 Dec; 31(6):540-550. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132005000600013&lng=en&nrm=iso.
3. Cordeiro SZB, Cordeiro PB. Síndrome de veia cava superior. J. Pneumologia. 2002 Sept; 28(5):288-293. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862002000500009&lng=en&nrm=iso.
4. Collin G, Jones RG, Willis AP. Central venous obstruction in the thorax. Clinical Radiology. 2015 Jun; 70(6):654-60. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25843485>.
5. Domínguez MA, Manterola A, Romero P, Martínez E, Arias F, Villafranca E *et al.* Malign obstruction of the superior vena cava. Anales Sist Sanit Navar. 2004; 27 Suppl 3:99-107. Disponível em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000600010
6. Zimmermann S, Davis M. Rapid Fire: superior vena cava syndrome. Emerg Med Clin North Am. 2018 Aug; 36(3):577-84. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30037444>.
7. Eastmann JJ, Kim AS. A patient with idiopathic angioedema presenting with superior vena cava syndrome and lymphedema. Annals of Allergy, Asthma & Immunology. 118(3):57-258. doi:10.1016/j.anai.2016.12.017.
8. Kashihara E, Kanai O, Okamura M, Mio T. Cutaneous lymphangitis carcinomatosa made cervicofacial oedema intractable in a patient with superior vena cava syndrome. BMJ Case Rep. 2018 Apr 19;2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29674402>

O uso da pele de *Oreochromis niloticus* no tratamento de queimados de segundo grau

Vanessa Celles Moreira¹, Larissa Azevedo Rodrigues¹, Wanessa Rodrigues de Souza¹, Pedro Henrique Souza Rezende¹, Bruno Zica Cunha²

Introdução: A queimadura é uma lesão dos tecidos orgânicos, causada por trauma térmico, variando desde uma pequena bolha até formas graves. Estudos recentes apontam a utilização da pele da Tilápia-do-Nilo (*Oreochromis niloticus*) como biomaterial na medicina regenerativa, apresentando boa aderência ao leito das feridas em ratos e resultados satisfatórios em testes comparativos com pele humana, nas análises histológicas, histoquímica e tração tecidual. Com a possibilidade da mesma vir a ser utilizada como curativo biológico em queimaduras. **Objetivos:** Analisar a eficácia do uso da pele de Tilápia do Nilo como curativo oclusivo temporário no manejo dos pacientes com queimaduras de segundo grau superficial e profundo. **Metodologia de busca:** Utilizou-se o LILACS, o portal PubMed, SciELO e um buscador acadêmico. **As palavras chaves usadas:** tilápia, queimados, pele e suas correspondências em inglês. **Discussão:** Estudos recentes demonstram que curativos biológicos possuem eficácia superior, menor tempo de fechamento de feridas, maior taxa de reepitelização e redução de dor. Com xenoenxerto de tilápia não há necessidade da troca do curativo, diminuindo a dor. Ademais, as características microscópicas da pele da tilápia são semelhantes à estrutura morfológica da pele humana. Sendo também o Brasil um grande produtor de tilápia, sendo uma solução dessa superprodução. **Conclusão:** O tratamento com a pele da tilápia em feridas oriundas de queimaduras tem se mostrado muito eficaz sobretudo na redução de dor, menor tempo de fechamento de feridas, maior taxa de reepitelização além de ser uma nova tecnologia de saúde viável e de baixo custo.

Palavras-chave: Queimadura. Tratamento. Curativos. Curativos de Xenoenxertos. Tilápia. Pele.

Referências:

1. Lima Júnior EM, Picollo NS, Miranda MJB, Ribeiro WLC, Alves APNN, Ferreira GE, *et al.* Uso da pele de tilápia (*Oreochromis niloticus*), como curativo biológico oclusivo, no tratamento de queimaduras. *Rev Bras Queim* 2017;16(1):10-7
2. Miranda MJB, Brandt CT. Xenoenxerto (pele da Tilápia-do-Nilo) e hidrofibra com prata no tratamento das queimaduras de II grau em adultos. *Rev Bras Cir Plást* 2019;34(1):79-85
3. Gimenez CEA, Bianco AGC, Monteiro ES, Ribas AM, Beutler EC, Mazzo MB, *et al.* A pele da tilápia no tratamento de queimaduras de segundo e terceiro graus, além de mais eficiente, é de baixíssimo custo. *Rev Enf At In Derm* 2019;87
4. Lima Júnior EM, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVF. *Tratado de Queimaduras no Paciente Agudo*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2006
5. Alves APNN, Verde MEQL, Ferreira Júnior AEC, Silva PGB, Feitosa VP, Lima Júnior EM, *et al.* Avaliação microscópica, estudo histoquímico e análise de propriedades tensiométricas da pele de tilápia do Nilo. *Rev Bras Queimaduras*. 2015;14(3):203-10.
6. Lima Júnior EM, Bandeira TJPG, Miranda MJB, Ferreira GE, Parente EA, Piccolo NS, *et al.* Characterization of the microbiota of the skin and oral cavity of *Oreochromis niloticus*. *J Health Biol Sci*. 2016;4(3):193-7.
7. Edelman LS. Social and economic factors associated with the risk of burn injury. *Burns* 2007;33(8):958-65.
8. Zhou T, Wang N, Xue Y, Ding T, Liu X, Mo X, *et al.* Electrospun tilapia collagen nanofibers accelerating wound healing via inducing keratinocytes proliferation and differentiation. *Colloids Surf B Biointerfaces* 2016;143:415-22.
9. Hu Z, Yang P, Zhou C, Li S, Hong P. Marine Collagen Peptides from the Skin of Nile Tilapia (*Oreochromis niloticus*): Characterization and Wound Healing Evaluation. *Mar Drugs* 2017;15(4):102.
10. Des É, Chez B, Afim LE *et al.* Paediatric burn epidemiology as a basis for developing a burn prevention program. *Ann Burns Fire Disasters* 2017;30(4):247-9.
11. Rashaan ZM, Krijnen P, Klamer RR, Schipper IB, Dekkers OM, Breederveld RS. Nonsilver treatment vs. silver sulfadiazine in treatment of partial-thickness burn wounds in children: a systematic review and meta-analysis. *Wound Repair Regen* 2014;22(4):473-82.
12. Lima Júnior EM, Serra MCVF. *Tratado de Queimaduras*. Rio Janeiro: Atheneu. 2004.
13. Alves APNN, Lima Júnior EM, Piccolo NS *et al.* Study of tensiometric properties, microbiological and collagen content in Nile tilapia skin submitted to different sterilization methods. *Cell Tissue Bank* 2018;19(3):373-82.
14. Tang J, Saito T. Biocompatibility of Novel Type I Collagen Purified from Tilapia Fish Scale: An In Vitro Comparative Study. *Biomed Res Int*. 2015;2015:139476.

1. Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil

2. Médico formado pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil

Autor correspondente:

Vanessa Celles Moreira,

E-mail:

vanessacelles@gmail.com

Injúria renal aguda secundária à cirurgia de revascularização cardíaca com circulação extra corpórea

Acute kidney injury secondary to heart revascularization surgery with extra corporate circulation

Aline Diana do Amaral¹, Laura Leite de Oliveira¹, Luísa Silva Ribeiro¹, Felipe Flores Pires², Tuélita Marques Galdino³.

1. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Presidente Antônio Carlos de Juiz de Fora – UNIPAC.

2. Médico Residente de Clínica Médica no Hospital São João Batista (HSJB) e Hospital Público Municipal (HPM) – Macaé RJ.

3. Docente do curso de Odontologia na Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares (UFJF-GV).

Autor correspondente:

Aline Diana do Amaral

E-mail:

med.alineamaral@gmail.com

Referências:

- Kumar AB, Suneja M, Bayman EO, Weide GD, Tarasi M. Association Between Postoperative Acute Kidney Injury and Duration of Cardiopulmonary Bypass: A Meta-Analysis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2012 Feb;26(1):64-9.
- Lannemyr L, Lundin E, Reinsfelt B, Bragadottir G, Redfors B, Oras J, *et al*. Renal tubular injury during cardiopulmonary bypass as assessed by urinary release of N-acetyl-β-D-glucosaminidase. *Acta Anaesth Scand*. 2017 Oct;61(9):1075-1083.
- Scrascia G, Rotunno C, Guida P, Amorese L, Polieri D, Codazzi D, *et al*. Perioperative steroids administration in pediatric cardiac surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Pediatr Crit Care Med*. 2014 Jun;15(5):435-42.
- Naughton F, Wijeyesundera D, Karkouti K, Tait G, Beattie WS. N-acetylcysteine to reduce renal failure after cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth*. 2008 Dec;55(12):827-35.
- Di Tomasso N, Monaco F, Landoni G. Hepatic and renal effects of cardiopulmonary bypass. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2015

Introdução: A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) é a mais frequente (77%) no Sistema Único de Saúde (SUS).¹ Em 95% dos casos necessita-se de Circulação ExtraCorpórea (CEC), o que aumenta risco e gravidade à Lesão Renal Aguda (LRA) por aumentar a concentração plasmática de citocinas inflamatórias e acidose (82%).² O tempo de cirurgia é diretamente proporcional LRA, e quando acima de 2 horas a incidência chega a 65,3%.² Objetivos: Pela sua frequência e gravidade objetivou-se detectar através de uma revisão de literatura, estratégias para prevenir o impacto da LRA na CRM com CEC. A busca foi realizada na base de dados Pubmed, Scielo e Web of Science com os descritores “renal dysfunction” e “cardiopulmonary bypass” (CBP) entre 2006 e 2019. Os resumos foram avaliados, lidos por completo e definidos critérios de inclusão. Discussão: A injúria ocorre por hipoperfusão, estresse oxidativo, nefrotóxicas, microembolia e isquemia tubular.³ Não há métodos validados para melhorar a oxigenação renal durante a CEC e, portanto, possivelmente diminuir o risco de LRA.⁴ Todos pacientes submetidos a CEC apresentaram marcadores de lesão renal, mesmo transitoriamente.³ Conclusão: Conclui-se que atualmente não há protocolo terapêutico eficaz para prevenção da LRA em pacientes submetidos a CRM com ou sem CEC. Dentre os biomarcadores renais para diagnóstico da LRA o NGAL, KIM 1, IL-18, NAG e GST e cistatina C ofereceram vantagens teóricas sobre a Creatinina – usada atualmente. O agente promissor na redução da LRA é o Levosimendan (Bloqueador Canais de Cálcio) por aumentar a contratilidade dos cardiomiócitos e consequentemente a demanda de oxigênio.

Palavras-chave: Insuficiência do Rim. Circulação Extracorpórea (CEC). Cirurgia Torácica.

Jun; 29(2):151-61.

6. Arslan U, Calik E, Tekin AI, Erkut B. Off-pump versus on-pump complete coronary artery bypass grafting. Comparison of the effects on the renal damage in patients with renal dysfunction. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Aug;97(35):e12146.

7. Ueki C, Sakaguchi G, Akimoto T, Ohashi Y, Sato H. On-pump beating-heart technique is associated with lower morbidity and mortality following coronary artery bypass grafting: a meta-analysis†. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016 Nov;50(5):813-821.

8. Ali TA, Salahuddin U, Shoukat A, Shahzad N, Naem SS, Dar MI, *et al*. Existence of renal dysfunction in diabetics undergoing coronary artery bypass. *Asian Cardiovasc Thorac Ann*. 2016 Sep;24(7):653-7.

9. Pickering JW, James MT, Palmer SC. Acute kidney injury and prognosis after cardiopulmonary bypass: a meta-analysis of cohort studies. *Am J Kidney Dis*. 2015 Feb;65(2):283-93.

10. O'Neal JB, Shaw AD, Billings 4th FT. Acute kidney injury following cardiac surgery: current understanding and future directions. *Crit Care*. 2016 Jul 4;20(1):187.

11. Isoda S, Izubuchi R, Yamazaki I, Nakayama Y, Yano Y, Masuda M. Priming and replenishment in cardiopulmonary bypass with hydroxyethyl starch 130/0.4 decreases fluid overbalance without renal dysfunction or bleeding in adult valve surgery. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2019 Apr;67(4):374-6.

12. Bhatt GC, Gogia P, Bitzan M, Das RR. Theophylline and aminophylline for prevention of acute kidney injury in neonates and children: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2019 Jul;104(7):670-79.

13. Chew ST, Ng RR, Liu W, Goh SG, Caleb MG, Ti LK. Miniaturized versus conventional cardiopulmonary bypass and acute kidney injury after cardiac surgery. *Perfusion*. 2016 Jan;31(1):60-7.

14. Jarral OA, Saso S, Harling L, Ashrafi H, Naase H, Casula R, *et al*. Organ dysfunction in patients with left ventricular impairment: what is the effect of cardiopulmonary bypass? *Heart Lung Circ*. 2014 Sep;23(9):852-62.

15. Moore J, Martinez G. Cardiopulmonary bypass. Anaesthesia and intensive care medicine. 2015 Oct;16(10):498–503.

16. Ortega-Loubon C, Fernández-

Molina M, Pañeda-Delgado L, Jorge-Monjas P, Carrascal Y. Predictors of Postoperative Acute Kidney Injury after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Braz J Cardiovasc Surg*. 2018 Jul-Aug;33(4):323-9.

17. Deferrari G, Bonanni A, Bruschi M, Alicino C, Signori A. Remote ischaemic preconditioning for renal and cardiac protection in adult patients undergoing cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nephrol Dial Transplant*. 2018 May 1;33(5):813-824.

18. Hu J, Chen R, Liu S, Yu X, Zou J, Ding X. Global Incidence and Outcomes of Adult Patients With Acute Kidney Injury After Cardiac Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2016 Jan;30(1):82-9.

19. Deininger S, Hoenicka M, Müller-Eising K, Rupp P, Liebold A, Koenig W, *et al*. Renal Function and Urinary Biomarkers in Cardiac Bypass Surgery: A Prospective Randomized Trial Comparing Three Surgical Techniques. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2016 Oct;64(7):561-8.

Dreno pleural como causa de manutenção de fístula esofageana

Pleural drainage as a cause of esophageal fistula maintenance

Maria Aíssa Barbosa Carneiro¹, Érica Medeiros Gomes¹, Marcus da Matta Abreu², Vagner Campos Silva², Juliana Dias Nascimento Ferreira².

Introdução: Divertículos esofageanos são patologias relativamente frequentes, tendo sua correção cirúrgica feita geralmente através de toracotomia. Essa condição e manejo podem estar associados ao aparecimento de fistulas esofagopleurais, que possuem altas taxas de morbidade. Relata-se o caso de uma paciente submetida a diverticulectomia com evolução fora da usual, resultante de aparecimento de trajeto fistuloso esofagopleural mantido por interposição de dreno torácico. **Descrição do caso:** Mulher, 62 anos, após identificação de divertículo esofágico, foi submetida à diverticulectomia. Evoluindo em pós operatório com débito de dreno torácico apresentando solução viscosa semelhante à saliva. Na endoscopia digestiva alta, identificou-se interposição do dreno entre o esôfago e pleura. Após tentativas de correção, falhas, adotou-se conduta expectante. Concluído o período de acompanhamento, constatou-se fechamento da fistula esofagopleural. **Discussão:** Fistulas esôfagopleurais (FEP) são condições raras, sendo mais prevalente o aparecimento de FEP espontânea. Esse caso relata uma incomum causa dessa condição. A literatura aponta métodos diagnósticos de eleição, como TC de tórax e esofagografia contrastada. O manejo desta condição pode ser cirúrgico ou conservador, e trabalhos apontam para uma maior resolutividade na abordagem cirúrgica. Neste caso, a infecção do sítio cirúrgico impossibilitou essa conduta, adotando-se tratamento expectante, que se mostrou eficaz após constatação do fechamento da fistula. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico de divertículos esofageanos apresenta bom prognóstico. Porém, a precoce fistulização em sítio cirúrgico da diverticulectomia relatada, com posterior interposição do dreno torácico, representa uma complicação com alto impacto na morbidade. Esse impacto nos adverte sobre a necessidade de atenção e cuidados em pós operatórios de diverticulectomias.

Palavras-chave: fistula esofageana, cirurgia, toracotomia, divertículo esofageano.

Keywords: esophagopleural fistula, surgery, thoracotomy, diverticulum, esophageal.

Referências:

1. Cui Y, Ren Y, Shan Y, Chen R, Wang F, Zhu Y, *et al.* Pediatric esophagopleural fistula: Two case reports and a literature review. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2017;96(19):e6695
2. Noh D, Park CK. The management of delayed post-pneumonectomy broncho-pleural fistula and esophago-pleural fistula. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2016;49(2):138–40.
3. Zuunai A, Selenge B, Lee JH, Lee SH. Acquired esophagobronchial fistula without Ono's sign and with unusual cause. *BMJ Case Rep.* 2013;2–4.
4. Bertani H, Grande G, Mirante VG, Franco I, Mangiafico S, Manta R, *et al.* Multimodal endoscopic treatment of primary esophago-pleural fistula. *Endoscopy.* 2016;48:E298–9

1. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

2. Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora

Autor correspondente: Maria Aíssa Barbosa Carneiro,

E-mail: mariaabcarneiro@gmail.com

Cardiomiectomia e Funduplicatura a Heller Pinotti laparoscópica em acalasia: um relato de caso

Cardiomyotomy and Laparoscopic Heller Pinotti Fundoplication in Achalasia: A Case Report

Ana Luíza de Castro Carvalho¹, Ana Luísa Scafura da Fonseca¹, Bianca de Fátima Pereira¹, Érika de Lima Souza¹, Giovanna Rissato de Souza¹, Mateus Pinto Botelho¹, Estevão Moreira David², Frederico Cantarino Cordeiro de Araujo³

1. Faculdade de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, MG- Brasil.

2. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Médico. Residente de Cirurgia Geral. Serviço de Cirurgia Geral. Juiz de Fora, MG- Brasil.

3. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo. Serviço de Cirurgia Geral. Juiz de Fora, MG- Brasil.

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Cirurgia Geral. MG- Brasil.

***Autor correspondente:**

Ana Luíza de Castro Carvalho

E-mail:

analuizac1255@gmail.com

Introdução: Acalasia é um distúrbio de motilidade esofágica por perda dos neurônios mioentéricos que coordenam o relaxamento do esfíncter inferior e o peristaltismo esofágico. Na forma chagásica, ocorre degeneração neuronal devido à infecção por *Trypanosoma cruzi*.¹ Geralmente, essa doença se apresenta com disfagia, regurgitação, pirose, dor torácica e perda ponderal.² A técnica cirúrgica de Heller-Pinotti é o tratamento mais utilizado, seguro e efetivo.³ **Descrição do caso:** VFDS, 39 anos, feminino. Encaminhada ao ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo, relatando disfagia progressiva há 4 anos, inicialmente para sólidos evoluindo para líquidos. Apresentava ainda regurgitação, perda de 50 kg em 4 anos e constipação intestinal. Diagnóstico de doença de Chagas desde 2015. Nega demais comorbidades. Realizou endoscopia digestiva alta (EDA) evidenciando megaesôfago moderado. EDA posterior mostrou acalasia da cárdia grau II. Manometria não realizada devido à cárdia-esfíncter hipertônico. Bradicardia sinusal em eletrocardiograma. Solicitada guia para cirurgia eletiva e sorologia para Doença de Chagas. **Discussão:** Paciente submetida a Cardiomiectomia e Funduplicatura a Heller Pinotti laparoscópica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, sem intercorrências. A técnica consiste em cardiomiectomia anterior extensa associada à esofagostofunduplicatura posterolateroanterior esquerda, sendo o procedimento de escolha para acalasia, com bons resultados e baixa morbimortalidade. No primeiro dia de pós-operatório tolerou ingestão de líquidos. Alta tolerando dieta pastosa e progressão para dieta livre após 4 semanas. **Conclusão:** Essa técnica, embora paliativa, pois não atua no fator etiológico da doença, proporciona alívio sintomático e melhor qualidade de vida. Além disso, evita procedimentos mais agressivos, como esofagectomia.

Palavras-chave: Acalasia, doença de Chagas, disfagia, cardiomiectomia, laparoscopia.

Referências:

- Oliveira GC, Lopes LR, Neto JSC. Idiopathic esophageal achalasia: a study of etiology and profile of the patients. *Arq bras cir dig.* 2010;23(1):11-15.
- Boeckxstaens GE, Zaninotto G, Richter JE. Achalasia. *The Lancet.* 2014;383(9911):83-93.
- Dantas RO. Comparação entre acalasia idiopática e acalasia conseqüente à doença de Chagas: revisão de publicações sobre o tema. *Arq Gastroenterol.* 2003;40(2):126-130.
- Lopes LR, Braga NDS, Oliveira GCD, Neto JDSC, Camargo MA, Andreollo NA. Results of the surgical treatment of non-advanced megaesophagus using Heller-Pinotti's surgery: Laparotomy vs. Laparoscopy. *Clinics.* 2011; 66(1):41-46.
- Aquino JLB, Said MM, Pereira DR, Amaral PC, Lima JCA, Leandro VAM. Análise da terapêutica cirúrgica da acalasia idiopática do esôfago. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* 2015; 28(2): 98-101.
- Pandolfino JE, Gawron AJ. Achalasia - A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association.* 2015;313(18):1841-1852.
- Laurino-Neto RM, Herbella F, Schlottmann F, Patti M. Avaliação diagnóstica da acalasia do esôfago: dos sintomas à Classificação de Chicago. *ABCD, arq. Bras. Cir. Dig.* 2018; 31(2):1376.
- Leonardi CJ, Cury M. Estudo prospectivo para tratamento de acalasia pela técnica de miotomia endoscópica POEM (Peroral Endoscopic Myotomy). *GED gastroenterol. endosc. dig.* 2014; 33(1):7-13.
- Silva CM, Souza FAA, Cruz CAT, Torres AV, Barbosa CO, Magalhães VSF *et al.* Cardiomiectomia com Funduplicatura Videolaparoscópica no tratamento do megaesôfago não avançado. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* 2011; 24(3): 195-199.
- Bianchi ET, *et al.* Heller-Pinotti, a modified partial fundoplication associated with myotomy to treat achalasia: technical and final results from 445 patients. *Mini-invasive Surgery.* 2017;1:153-159.
- Júnior JEM, Naves BL, Ramos RF, Leite MD. Tratamento cirúrgico de acalasia pela realização de esofagocardiomiectomia com funduplicatura videolaparoscópica à Heller-Pinotti em paciente com megaesôfago grau IV: Relato de caso. *Rev Med Minas Gerais* 2017; 26: e-1850.

Cisto de colédoco em adulto assintomático: relato de caso

Choledochal cyst in asymptomatic adult: case report

Daniel Tagliate Vidigal de Almeida¹, Beatriz Braga Silva¹, Clara de Oliveira Menon¹, Ana Isabel Ladeira¹, Luis Pordeus Shafee¹, Fernando Mendonça Vidigal²

Introdução: Cisto de Colédoco (CC) é uma afecção rara caracterizada por dilatações combinadas ou isoladas da via biliar intra ou extra-hepática¹. Possui incidência de cerca de 1:100.000 no ocidente, com predominância de 4:1 em mulheres^{1,2}. Diagnosticados na infância em 80% dos casos^{3,4}, suas manifestações variam com a idade⁶, sendo icterícia e perfuração biliar mais comuns na criança e complicações inflamatórias mais predominantes no adulto⁴. **Descrição do caso:** Feminina, 73 anos, hipertensa, assintomática realiza ultrassom de abdômen total solicitado pela ginecologia, evidenciando colelitíase e dilatação de vias biliares extra-hepáticas. Encaminhada para cirurgia geral, realizou Colangiressonância Magnética com contraste observando-se CC tipo Ia de Todani⁵. Tratada com ressecção do ducto hepático comum e do colédoco até borda superior do pâncreas, com Hepatojejunostomia em Y de Roux. Evolução favorável no pós-operatório, porém apresentou picos hipertensivos repetidos, tratados devidamente. No sétimo dia, iniciou acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** Atualmente, 10-36 % de CC são diagnosticados em assintomáticos⁶. Como fisiopatologia, postula-se que uma anormalidade anatômica na junção entre colédoco e ducto pancreático provoque refluxo de suco pancreático pela via biliar, promovendo inflamação crônica do epitélio² e favorecendo a ocorrência de colangiocarcinoma e de câncer de vesícula biliar, observados em 7,5% dos pacientes com CC, com relação direta à idade avançada⁷, o que justifica abordagem cirúrgica. Nos tipos I e IVa de CC (mais comuns), a conduta é excisão dos ductos biliares extra-hepáticos com reconstrução por Hepatoenterostomia⁸, sendo a abordagem laparoscópica controversa⁸. **Conclusão:** Conclui-se que o caso relatado merece destaque, dada sua baixa prevalência e apresentação atípica.

Palavras-chave: Cisto de Colédoco; Ductos Biliares; Colangiografia; Câncer; Complicações; Cirurgia.

Keywords: Choledochal Cyst; Biliary Cyst; Cholangiography; Cancer; Complications; Surgery.

Referências:

1. Baisson GN, Bonds MM, Helton WS, Kozarek RA. Choledochal cysts: similarities differences between asian and western countries. *World J Gastroenterol.* 2019; 25(26): 3334-3343.
2. Friedmacher F, Ford KE, Davenport M. Choledochal malformations: global research, scientific advances and key controversies. *Pediatr Surg Int.* 2018.
3. Soares KC, Arnaoutakis DJ, Kamel I, Rastegar N, Anders R, Maithel S, *et al.* Choledochal cysts: presentation, clinical differentiation, and management. *J Am Coll Surg.* 2014; 219 Suppl. 6.
4. Soares KC, Kim Y, Spolverato G, Maithel S, Bauer TW, Marques H, *et al.* Presentation and clinical outcomes of choledochal cysts in children and adults. *JAMA Surg.* 2015.
5. Ronnekleiv-Kelly SM, Soares KC, Ejaz A, Pawlik TM. Management of choledochal cysts. *Curr Opin Gastroenterol.* 2016, 32:000–000.
6. Todani T, Watanabe Y, Narusue M, Tabuchi K, Okajima K. Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg.* 1977;134:263-9.
7. Ronnekleiv-Kelly SM, Soares KC, Ejaz A, Pawlik TM. Management of choledochal cysts. *Curr Opin Gastroenterol.* 2016, 32:000–000.
8. Madadi-Sanjani O, Wirth TC, Kuebler JF, Petersen C, Ure BM. Choledochal Cyst and malignancy: a plea for lifelong follow-up. *Eur J Pediatr Surg.* November 14, 2017.
9. Stringer MD. Laparoscopic management of choledochal cysts: is a keyhole view missing the big picture?. *Pediatr Surg Int.* 2017.

1. Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF, Faculdade de Medicina. Juiz de Fora, MG-Brasil.

2. Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Serviço de Cirurgia Geral. Juiz de Fora, MG- Brasil.

Autor correspondente:

Daniel Tagliate Vidigal de Almeida,

E-mail:

dvidigal@outlook.com.br

Minitoracotomia com enxerto de dacron em coarctação da aorta: um relato de caso em adulto jovem

Laryssa de Sá Bragança Gonçalves¹, Ana Luísa Scafura da Fonseca¹, Ana Luíza de Castro Carvalho¹, Bárbara Bizzo Castelo¹, Jonas Munck de Oliveira¹, Frederico Moreira Cardoso Ayres², Antonio Augusto Miana³

1. Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil;

2. Residente de Cirurgia Cardiovascular pelo Hospital Maternidade Therezinha de Jesus - R4 - Serviço de Cirurgia Cardiovascular, Juiz de Fora, Brasil;

3. Médico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Cirurgião Cardiovascular, Serviço de Cirurgia Cardiovascular. Juiz de Fora, Brasil.

Instituição: Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/SCMJF, Serviço de Cirurgia Cardiovascular. Juiz de Fora, MG – Brasil.

Autora correspondente: Laryssa de Sá Bragança Gonçalves.

E-mail: laryssa.braganca@medicina.ufjf.br

Seção: Relato de caso

Introdução: A coarctação da aorta (CoAo) é um estreitamento excêntrico congênito da aorta torácica, geralmente abaixo da artéria subclávia esquerda, de alta prevalência no sexo masculino.¹ É uma malformação do sistema cardiovascular, por coarctação ístmica ou hipoplasia tubular.² Os pacientes geralmente apresentam hipertensão arterial em membros superiores e redução de pulsos em membros inferiores. O tratamento proposto é cirúrgico.¹ **Descrição do caso:** DMO, 25 anos, assintomático, diagnosticado com hipertensão arterial sistêmica aos 19 anos. Ecocardiograma transesofágico evidenciou CoAo descendente. Realizou angiotomografia, identificando redução do calibre da aorta na transição entre os segmentos horizontal e descendente proximal, distando 3,1cm da emergência da subclávia esquerda. Admitido para tratamento cirúrgico com proposta de ressecção da área de estenose com interposição de enxerto de Dacron. **Discussão:** Cirurgia realizada via minitoracotomia esquerda, ao nível do 5º espaço intercostal, com preservação de musculatura. Dissecção da pleura parietal medial, aorta torácica descendente, área da coarctação, arco aórtico, subclávia esquerda. Realizado controle proximal e distal à coarctação, heparinização e clampeamento aórtico. Ressecada área de estenose e realizada anastomose com enxerto de Dacron nº18. Desclampeamento aórtico, reversão da heparina com protamina 1:1 e drenagem de hemitórax em selo d'água. Paciente evoluiu satisfatoriamente, alta no 10º dia de pós-operatório. A técnica mostra-se segura e útil em pacientes com lesões cardíacas associadas ou com recoarctação.³ **Consequências a longo prazo de intervenções realizadas em CoAo são descritas, como hipertrofia ventricular esquerda, hipertensão arterial sistêmica e doença vascular.² Conclusão:** A correção cirúrgica na CoAo mostrou-se eficaz. No entanto, o paciente deve ser acompanhado.

Palavras-chave: Coarctação Aórtica. Cardiopatias Congênitas. Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares. Aorta Torácica. Hipertensão.

Referências:

- Oliveira Ade S, Carneiro BB, Lima Rde C, Cavalcanti C, Villachan R, Arraes N, *et al.* Tratamento cirúrgico da coarctação da aorta: experiência de três décadas. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2007;22(3):317-21.
- Cangussú LR, Lopes MR, Barbosa RHA. The importance of the early diagnosis of aorta coarctation. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2019;65(2):240-45
- Jatene MB1, Abuchaim DC, Oliveira Jde L Jr, Riso A, Tanamati C, Miura N, *et al.* Resultados do tratamento cirúrgico da coarctação de aorta em adultos. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2009;24(3):346-53
- Rubira CJ. Colocação de endoprótese vascular versus cirurgia para coarctação de aorta: revisão sistemática [tese de doutorado]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2012.
- Jatene MB, Abuchaim DCS, Oliveira Junior JL, Riso A, Tanamati C, Miura N. *et al.* Resultados do tratamento cirúrgico da coarctação de aorta em adultos. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2009;24(3):346-53
- Ennis GCS. Tratamento da coarctação da aorta: Revisão da literatura dos últimos cinco anos [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2014.
- Burch PT, Cowley CG, Holubkov R, Null D, Lambert LM, Kourretas PC, *et al.* Coarctation repair in neonates and young infants: Is small size or low weight still a risk factor? *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2009;138(3):547-52.
- Luijendijk P, Bouma BJ, Groenink M, Boekholdt M, Hazekamp MG, Blom NA, *et al.* Surgical versus percutaneous treatment of aortic coarctation: new standards in an era of transcatheter repair. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2012;10(12):1517-31.
- Früh S, Knirsch W, Dodge-Khatami A, Dave H, Prêtre R, Kretschmar O. Comparison of surgical and interventional therapy of native and recurrent aortic coarctation regarding different age groups during childhood. *Eur J Cardiothorac Surg* 2010; 39(6):898-904.
- Cowley CG, Orsmond GS, Feola P, McQuillan L, Shaddy RE. Long-term, randomized comparison of balloon angioplasty and surgery for native coarctation of the aorta in childhood. *Circulation.* 2005;28;111(25):3453-6
- Forbes TJ, Kim DW, Du W, Turner DR, Holzer R, Amin Z, *et al.* Comparison of surgical, stent, and balloon angioplasty treatment of native coarctation of the aorta: an observational study by the CCISC (Congenital Cardiovascular Interventional Study Consortium). *J Am Coll Cardiol.* 2011;13;58(25):2664-74
- Stout KK, Daniels CJ, Aboulhosn JA, Bozkurt B, Broberg CS, Colman JM. *et al.* 2018 AHA/ACC guideline for the management of adults with congenital heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2019;2;73(12):e81-e192
- Nakamura E, Nakamura K, Furukawa K, Ishii H, Kawagoe K. Selection of a Surgical Treatment Approach for Aortic Coarctation in Adolescents and Adults. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2018;20;24(2):97-102
- Massey R, Shore DF. Surgery for complex coarctation of the aorta. *Int J Cardiol.* 2004;97 Suppl 1:67-73.
- Levy Praschker BG, Mordant P, Bareda E, Gandjbakhch I, Pavie A. Long-term results of ascending aorta-abdominal aorta extra-anatomic bypass for recoarctation in adults with 27-year follow-up. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2008;34(4):805-9

Emprego de sutura elástica na síntese de grandes ressecções tumorais em membros inferiores

Use of elastic suture in the synthesis of large tumor resections in the lower limbs.

Emmanuel de Lima Carvalho¹, Tayná Magalhães de Almeida¹, Lorena Pinholi de Moraes¹, Nathália Villarins Pedrosa², Paula Valente da Silva², Lucas de Mattos Lopes², Marília de Pádua Dornelas Corrêa³.

Introdução: O melanoma cutâneo é uma neoplasia maligna cujas ressecções amplas conforme níveis de Breslow são ainda desafiadoras para síntese primária. Raskin descreveu, em 1993, método de sutura com utilização de elásticos estéreis, evitando tensão na ferida ou necessidade de enxertos para cobertura. Nesse sentido, é objetivo do presente trabalho descrever a experiência do Serviço de Cirurgia Plástica do HU/UFJF na condução de grandes feridas secundárias à ressecção de melanoma cutâneo em MMIL, tendo como opção as suturas elásticas. **Descrição dos Casos:** Foram incluídos 3 pacientes portadores de feridas extensas em região plantar secundárias à ressecção de melanoma cutâneo, sem possibilidade de síntese primária. A terapêutica cirúrgica implementada foi conduzida em dois tempos. O primeiro, imediato à ressecção tumoral, consistiu no descolamento do retalho e aproximação das bordas com tiras circulares de elástico de borracha. Incluindo um elástico em um dos ápices da ferida com seda 2-0, a borracha foi tracionada, cruzada em “X” e fixada nas bordas com pontos simples até ápice oposto, com tração cuidadosa, evitando tensão excessiva ou necrose. No segundo tempo, após 7 a 15 dias, foram retiradas as tiras elásticas e reavivadas as bordas da ferida, com posterior fechamento por planos. **Discussão:** Conforme princípio biomecânico da tensão tecidual, o aumento da atividade metabólica induz vasculogênese e proliferação de fibras colágenas, com estiramento da pele além dos limites normais de expansibilidade, permitindo a aplicabilidade do método. **Conclusão:** Conclui-se apontando a eficácia, custo-benefício e facilidade de execução da técnica, e expondo a possibilidade de bons resultados no tratamento de grandes lesões.

Palavras-chave: Ferimentos e lesões. Melanoma. Suturas. Técnicas de sutura. Técnicas de fechamento de ferimentos.

Keywords: Wounds and injuries. Melanoma. Sutures. Suture techniques. Wound closure techniques.

Referências:

1. Garbe C, Peris K, Hauschild A, Saiag P, Middleton M, Bastholt L, *et al.* Diagnosis and Treatment of melanoma. European consensus-based interdisciplinary guideline - Update 2016. *European Journal of Cancer.* 2016; 63(1):201-17.
2. Petroianu A. Síntese de grandes feridas da parede corpórea com tira elástica de borracha. *Acta Médica Portuguesa.* 2011; 24:427-30.
3. Vidal MA, Mendes Junior CES, Sanches JA. Sutura Elástica - uma alternativa para grandes perdas cutâneas. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica.* 2014; 29(1):146-50.

1. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

2. Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do HU/UFJF.

3. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do HU/UFJF.

Correspondência:

Emmanuel de Lima Carvalho.
Rua Antônio Altaf, 145/402
– Bairro Cascatinha – Juiz de Fora-MG. CEP: 36.033-330.

E-mail: emmanucarvalho@gmail.com.

Seção: Relato de Caso

Fístula traqueogástrica pós-esofagectomia – relato de casos

Tracheogastric fistula post-esophagectomy – case reports

Daniel Ferreira Lana e Silva¹; Mariana Dias Carvalho¹; Juliana Dias Nascimento Ferreira²; Alexandre Ferreira Oliveira²; Frederico Augustus Martins de Resende³; Marcus da Matta Abreu².

1 – Discente do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

2 – Médico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – HU/UFJF

3 – Médico do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus – HMTJ

Instituição:

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora - HU/UFJF

Autor correspondente: Daniel Ferreira Lana e Silva,
E-mail: daniel22.04@gmail.com

Introdução: O câncer de esôfago é uma rara neoplasia com alta letalidade. A sobrevida em cinco anos é de apenas 12%¹. O tratamento de escolha é a esofagectomia, procedimento com elevada taxa de complicações(61%)². **Descrição dos casos:** O paciente 01 apresentou adenocarcinoma de esôfago, sendo submetido à esofagectomia com anastomose do tubo gástrico. Evoluiu com pneumonias de repetição e presença de fístula traqueogástrica, sendo abordado eletivamente com cirurgia de interposição do cólon ascendente. A paciente 02 foi diagnosticada com adenocarcinoma esofágico sendo submetida à esofagectomia e anastomose. Evoluiu com pneumonia aspirativa grave, fístula e necessidade de suporte intensivo, sendo submetida à esofagectomia cervical e traqueostomia de urgência. Após 6 meses de evolução foi reoperada e o trânsito normal reconstruído. **Discussão:** A fístula traqueogástrica é uma condição rara e potencialmente letal. Tratamentos conservadores podem ser empregados em fístulas menores, e existem relatos de sucesso com procedimentos endoscópicos³. A cirurgia continua sendo a terapia de escolha, especialmente nos casos de insuficiência respiratória aguda, que necessitam da abordagem de emergência. Nas lesões extensas ou infectadas, a cirurgia apresenta grande índice de falha⁴. No caso de ventilação mecânica, a literatura endossa a abordagem conservadora^{5,6}, após o desmame é possível abordar cirurgicamente^{7,8}. No paciente 01 optou-se pela abordagem conservadora, operando eletivamente na sequência. No paciente 02, a gravidade do caso fez necessária a abordagem emergencial. Após suporte nutricional e cicatrização da fístula foi possível fechar as ostomias. **Conclusões:** Diante dos casos, conclui-se que a fístula traqueogástrica exige abordagem individualizada e multiprofissional, levando a terapêuticas singulares.

Palavras-chave: Neoplasia Esofágica. Esofagectomia. Fístula do Trato Respiratório. Pneumonia Aspirativa.

Keywords: Esophageal Cancer. Esophagectomy. Respiratory Tract Fistula. Aspiration Pneumonia.

Referências:

1. Queiroga RC, Pernambuco AP. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Revista Brasileira de Cancerologia, 2006; 52(2): 173-178. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/revisao3.pdf
2. Aquino JLB, Said MM, Pereira DAR, Cecchino GN, Leandro-Merhi VA. Avaliação das complicações da esofagectomia de resgate na terapêutica cirúrgica do câncer de esôfago avançado. ABCD, arq. bras. cir. dig. 2013 Sept: 26(3):173-178.
3. Buscaglia JM, Jayaraman V, Nagula S. Temporary use of a new fullycovered self-expanding metal stent for the management of postesophagectomy strictures. Digestive Endoscopy, 23: 187–189. doi:10.1111/j.1443-1661.2010.01074.x
4. Kalmár K, Molnár TE, Morgan A, Horváth ÖP. Non-malignant tracheo-gastric fistula following esophagectomy for cancer. Eur J Cardiothorac Surg. 2000 Sept: 18(3): 363-365.
5. Ishibashi T, Ishikawa S, Suzuki A, Miyawaki Y, Kawano T, Makita K. Successful Anesthesia Management for 2-Stage Surgical Procedure of a Refractory Tracheogastric Tube Fistula After Esophagectomy. A A Case Rep. 2016 Feb 1:6(4): 84-7.
6. Trachiotis GD, Hix WR. Repair of tracheogastric fistula after cervical exenteration. The Annals of Thoracic Surgery. 1996 Feb:61(2):719–721. doi:10.1016/0003-4975(95)00784-9
7. Aquino AA, Camargo SM, Machuca TN, Mendonça Filho GV; Camargo JJP, Londero LJW. Fístula Traqueogástrica após esofagectomia por câncer. Rev. AMRIGS. 2011 out.-dez:55(4): 365-367.
8. Caronia FP, Fiorelli A, Santini M, Alfano R, Castorina S. A new technique to repair huge tracheogastric fistula following esophagectomy. Ann Transl Med 2016;4(20):403. doi: 10.21037/atm.2016.10.32

Carcinoma Neuroendócrino de Pequenas Células de Fossa Nasal: Relato de Caso

Small Cells Neuroendocrine Carcinoma of the Nasal Fossae: Case Report

Arthur de Pinho Amorim¹, Ana Luísa Scafura da Fonseca¹, Bárbara Bizzo Castelo¹, Iago de Paiva D'Amorim¹, Lorena Resende Oliveira¹, Luísa Vianna Cançado¹, Milton Prudente²

Introdução: Os tumores neuroendócrinos compreendem uma família de neoplasias de origem neuroectodérmica 1 ou de células pluripotentes, caracterizadas pela presença de grânulos neurosecretórios. Normalmente essa doença acomete o trato gastrointestinal, pulmão ou mediastino. Raramente acomete as fossas paranasais e frontal, havendo poucos casos na literatura. **Descrição:** Paciente MGO masculino, 36 anos, comparece à consulta de otorrinolaringologia queixando-se de coriza, congestão nasal e sem sangramentos, sendo solicitadas tomografia e ressonância. Ao laudo foi evidenciada imagem de aspecto expansivo, envolvendo o meato comum, cavidades nasais, com extensão ao meato superior direito e também a região da lâmina cribiforme ipsilateral, sem plano de clivagem com células etmoidais, realçando ao contraste. À biópsia, diagnosticou-se Carcinoma Neuroendócrino de Pequenas Células - C19A03. Paciente foi submetido à microcirurgia no Instituto Nacional de Câncer, com ressecção da lesão dos seios paranasais, frontal bilateral e com reconstrução do osso frontal e nasal. Após a cirurgia, constatou-se o estadiamento IV3 e manteve-se tratamento adjuvante com quimioterapia em 4 ciclos repetidos a cada 21 dias, e radioterapia 30 sessões. **Discussão:** Na clínica cotidiana, espera-se uma alteração no exame de urina 24 horas do ácido 5-hidróxi-indolacético, um marcador da síndrome carcinóide². Entretanto, não houve alteração desse marcador, confirmando a complexidade do evento. Nesse contexto, evidencia-se a importância de avaliar os possíveis diagnósticos diferenciais mesmo à luz de uma sintomatologia corriqueira. **Conclusão:** O carcinoma neuroendócrino de células pequenas é extremamente raro e possui comportamento clínico agressivo e prognóstico ruim. Para o tratamento dessa doença é necessária abordagem multidisciplinar combinando cirurgia, radioterapia e quimioterapia.

Palavras-chave: Neoplasias, Carcinoma Neuroendócrino, Carcinoma de Células Pequenas, Seios Paranasais.

Keywords: Neoplasms, Neuroendocrine Carcinoma, Small Cells Carcinoma, Paranasal Sinuses.

Referências:

1. Zarbo RJ, Torres FX, Gomez J. Nasal cavity and paranasal sinuses: embryology, anatomy, histology, and pathology. Chapter 4 In Pilch BZ (editor), Head and Neck Surgical Pathology. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001. pp 124-32.
2. Neves MC, Tavares RA, Angelico Junior FV, Voegels RL, Butugan O. Carcinoma de pequenas células primário de seios paranasais: relato de caso. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2004; 70(4): 561-564.
3. Galanis E, Frytak S, Lloyd R. Extrapulmonary small cell carcinoma. Cancer 1997; 79(9):1729-36.
4. Kameya T, Shimosato Y, Adachi I, Abe K, Ebihara S, Ono I. Neuroendocrine carcinoma of the paranasal sinus. Cancer 1980; 45:330-9.
5. Ordonez BP, Caruana SM, Huvos AG, Shah JP. Small cell neuroendocrine carcinoma of the nasal cavity and paranasal sinuses. Human Pathology 1998; 29(8):826-32.
6. Silva EG, Butler JJ, Mackay B, Goepfert H. Neuroblastomas and neuroendocrine carcinomas ago the nasal cavity. Cancer 1982; 50:2388-405.
7. Pierce ST, Cibull ML, Metcalfe MS, Sloan D. Bone marrow metastases from small cell cancer of the head and neck. Head & neck 1994; 16: 266-71.
8. Remick SC, Ruckdeschel LC. Extrapulmonary and pulmonary small-cell carcinoma: tumor biology, therapy and outcome. Med Pediatr Oncol 1992; 20(2):89-99.

1 - Universidade Federal de Juiz de Fora

2 - Neoclínica Juiz de Fora

Autor correspondente: Arthur de Pinho Amorim,

E-mail: arthurpinho@gmail.com

Apresentação atípica de adenocarcinoma pancreático em paciente jovem: relato de caso

Atypical presentation of pancreatic adenocarcinoma in a young patient: case report

Luiz Gustavo Chaves Gomes¹, Caio Henrique Bosquetto¹, Filipe Raimundi Sampaio de Oliveira¹,
Iasmin Dantas Sakr Khouri¹, Lucas Alves de Almeida¹, Luciano Ribeiro Pereira Silva¹,
Fernando Mendonça Vidigal²

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Medicina. Juiz de Fora, MG - Brasil.

2. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Cirurgia do Aparelho Digestivo. Juiz de Fora, MG - Brasil

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Medicina - Juiz de Fora, MG - Brasil.

Autor correspondente: Luiz Gustavo Chaves Gomes

E-mail: luizgustavocg12@hotmail.com

Introdução: O adenocarcinoma pancreático é condição letal de incidência crescente, com sintomas inespecíficos e fatores de risco bem definidos, como idade acima de 60 anos, sexo masculino, etnia afro-americana, história familiar, diabetes, tabagismo e obesidade. **Descrição do caso:** MLS, feminino, 37 anos, comparece ao ambulatório de cirurgia com forte dor em hipocôndrio direito e epigastro há 30 dias, irradiação lombar e náuseas. Hábitos excretórios preservados, sem história familiar de câncer. Nega tabagismo. Apresentava fâscies de dor, hipocorada, anictérica, com dor à palpação de epigastro, sem demais alterações. **Laboratório:** GGT-661, FA-285, TGO-60, TGP-90. Bilirrubina, lipase e amilase normais. Ultrassonografia de abdome evidenciou massa tumoral heterogênea predominantemente hipocogênica em cabeça de pâncreas, medindo 5,9x5,6x5,3 cm, com contornos irregulares e imprecisos, sem dilatação do ducto pancreático principal. Tomografia confirmou achado e evidenciou envolvimento do tronco da veia porta, contato com artéria hepática comum e veia cava inferior, e nódulo hepático sugestivo de implante secundário. Biópsia hepática confirmou o diagnóstico de adenocarcinoma de pâncreas, estágio T4N_xM1, irressacável. Optou-se pela transferência da paciente para centro oncológico para tratamento quimioterápico. **Discussão:** A terapêutica para tumores pancreáticos é especialmente desafiadora quando se apresentam em pacientes fora dos principais grupos de risco. O contraste epidemiológico do caso alerta para uma crescente incidência de tumores antes restritos a idades avançadas, fazendo crer que fatores de risco não descritos se mostram relevantes em indivíduos geneticamente predispostos. **Conclusões:** A particularidade deste caso evidencia a necessidade de discussão científica que elabore condutas precoces, frente ao despreparo para casos atípicos.

Palavras-chave: Neoplasias Pancreáticas. Fatores de Risco. Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório.

Keywords: Pancreatic neoplasms. Risk factors. Surgical procedures of digestive system.

Referências:

- McGuigan A, Kelly P, Turkington RC, Jones C, Coleman HG, McCain S. Pancreatic cancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. *World J Gastroenterol*. 2018 Nov 21;24(43):4846-61.
- Kolodczek T, Shugrue C, Ashat M, Thrower EC. Risk factors for pancreatic cancer: Underlying mechanisms and potential targets. *Front Physiol*. 2014 Jan;16(4):415.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil. INCA [Internet]. 2007 [Acesso em 2019 set 8];[96]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_incidencia_cancer_2008.pdf
- Sclafani F, Iyer R, Cunningham D, Starling N. Management of metastatic pancreatic cancer: Current treatment options and potential new therapeutic targets. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2015 April;95(3).
- Ardengh JC, Nakao FS. Adenocarcinoma ductal. *Ecoendoscopia na prática da gastroenterologia*. 2007;255-90.
- Midha S, Chawla S, Garg, PK. Modifiable and non-modifiable risk factors for pancreatic cancer: A review. *Cancer Lett*. 2016 Oct;381(1):269-77.
- Naar L, Spanomichou DA, Mastoraki A, Smyrniotis V, Arkadopoulos N. Solid Pseudopapillary Neoplasms of the Pancreas: A Surgical and Genetic Enigma. *World J Surg*. 2017 Jul;41(7):1871-81.
- Silva CSHA, Lucas SFLM, Nakatsu É, Moricz A, Silva RA, Júnior AMP, *et al*. Adenocarcinoma de pâncreas em paciente jovem: relato de caso. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2011;56(1):36-9.
- Fogel EL, Shahda S, Sandrasegaran K, Dewitt J, Easler J, Agarwal DM, *et al*. A Multidisciplinary Approach to Pancreas Cancer in 2016: A Review. *Am J Gastroenterol*. 2017 Apr;112(4):537-54.
- Singhi AD, Koay EJ, Chari ST, Maitra A. Early Detection of Pancreatic Cancer: Opportunities and Challenges. *Gastroenterology*. 2019 May;156(7):2024-40.

Tumores cutâneos recorrentes induzidos por imunossupressão: relato de caso

Recurrent cutaneous tumors induced by immunosuppression: a case report

Gabriela Ferreira da Silva¹, Yara Mendes Silva¹, Mirjhenyfer Lúcia Martins¹, Pedro Henrique Chaves de Souza Aguiar¹, João Marcos Faier Assunção¹, Maria Aíssa Barbosa Carneiro¹, Fabrício Carvalho Torres².

Introdução: Pacientes tratados com terapia imunossupressora apresentam deficiência na resposta imune, favorecendo o aparecimento de lesões cutâneas pré-neoplásicas e neoplásicas¹. Descrição do caso: TSMM, mulher, 64, branca, há 21 anos submetida a transplante renal por Insuficiência Renal Crônica. A imunossupressão inicial foi Prednisona, Ciclosporina e Azatioprina. Em 2016, procurou serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário relatando lesões sugestivas de carcinomas cutâneos. Em julho realizou-se 4 ressecções em antebraço, dorso do pé, região cervical e mão. Os resultados histopatológicos descreveram, respectivamente, carcinoma epidermóide (CEC) moderadamente diferenciado e em situ, neoplasia maligna indiferenciada e hiperplasia epitelial. Em fevereiro de 2017 paciente retorna, submetida à exereses de 4 lesões, entre CEC e carcinoma basocelular (CBC). Em março, mais 2 lesões ressecadas, caracterizadas como Doença de Bowen. Em 2018 mais 5 ressecções e, em 2019, mais 3. Devido ao surgimento de múltiplos tumores e crescimento acelerado, foi proposta alteração da imunossupressão para Prednisona, Ciclosporina, Sirolimus, tentando, assim, reduzir a recorrência dos carcinomas. As cirurgias foram realizadas com anestesia local, ressecção em plano total, descolamento tecidual e pontos subdérmicos com fio monocryl 4-0, diminuindo tensão nas bordas, sutura simples ou ponto intradérmico com mononylon 4-0 na pele. **Discussão:** A ressecção precoce das lesões pode impedir a invasão de tecidos adjacentes e necessidade de cirurgias complexas com utilização de técnicas de enxertos, que podem causar sequelas significativas. **Conclusão:** A interação entre serviços de Cirurgia Plástica e Nefrologia é fundamental na tentativa de atenuar o surgimento e agravamento dos carcinomas cutâneos em pacientes imunossuprimidos, diminuindo morbimortalidade.

Palavras-chave: Imunossupressão. Transplante Renal. Carcinoma Espinocelular. Carcinoma Basocelular.
Keywords: Immune tolerance. Kidney transplantation. Carcinoma. Squamous cell. Carcinoma. Basal cell.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 712, de 13 de agosto de 2014. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Imunossupressão no Transplante Renal. Diário Oficial da União, Brasília (DF). Publicado em 14 de agosto de 2014.
2. Almeida APM, Almeida LM, Franco KP, Peçanha MAP. Lesões Cutâneas Malignas e Pré-Malignas Pós Transplante Renal: relato de caso e revisão da literatura. Revista Científica da FMC. 2014; 9(1): 30-36.
3. Penn I. Immunosuppression - A contributory factor in lymphoma formation. ClinTransplant. 1992; 6: 214-9.
4. Paula FJ, Janhez LE. Tumores malignos no pós-transplante renal. J Bras Nefrol. 1999; 21(4): 161-166.
5. Salgo R, Gossman J, Schofer H, Kachel HG, Kuck J, Geiger H, *et al.* Switch to a sirolimus-based in long-term renal transplant recipients: reduced rate of (pre-)malignancies and nonmelanoma skin cancer in a prospective, randomized, assessor-blinded, controlled clinical trial. American Journal of Transplantation 2010; 10(6): 1385-1393.
6. Lima AM, Filho EGMR, Reis CMS, Rocha SP, Eid DRM. Estudo das dermatoses em pacientes transplantados renais. An Bras Dermatol. 2013;88(3):365-72.
7. Nobre LFM. Fatores associados às neoplasias cutâneas em pacientes transplantados renais em um hospital terciário [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Patologia, Programa de Pós-Graduação em Patologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2015.
8. Campistol JM, Eris J, Oberbauer R, Friend P, Hutchison B, Morales JM *et al.* Sirolimus therapy after early cyclosporine withdrawal reduces the risk for cancer in adult renal transplantation. J Am Soc Nephrol 2006; 17: 581-589.
9. Morelon E, Mamzer-Bruneel MF, Peraldi MN, Kreis H. Sirolimus: A new promising immunosuppressive drug. Towards a rationale for its use in renal transplantation. Nephrol Dial Transpl 2001; 16:18-20.
10. Kiyon KM, Broetto J, Fischler R, Sperli AE, Freitas JOG. Acurácia da biópsia de congelação no câncer de pele não-melanoma. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(3):472-4.
11. Ratner D. Reflections on Mohs micrographic surgery. Skinmed. 2004;3(4):189-90.
12. Wetzig T, Maschke J, Kendler M, Simon JC. Treatment of basal cell carcinoma. J Dtsch Dermatol Ges. 2009;7(12):1075-82.

1. Acadêmico(a) Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora.

2. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutor em Medicina (Clínica Cirúrgica) pela Faculdade de Medicina da USP.

Autor correspondente:

Gabriela Ferreira da Silva,

E-mail:

gabrielafsm@gmail.com

Resumo

Abordagem cirúrgica de neoplasia maligna em assoalho da boca em paciente do sexo feminino: relato de caso

Surgical approach to oral cancer affecting the floor of the mouth in a female patient - a case report

Jade Chartone Eustáquio¹, Aline Laís de Souza Silva¹, Paulla Machado D'Athayde¹, Ana Cristina Alves Bernabé¹, Luis Eduardo Vasconcelos Silva², Rachel Zarnowski², Bruno Cangussu Dantas³

1. Acadêmicas do curso de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei, São João del Rei, MG - Brasil

2. Residentes em Cirurgia Geral pela Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada, Barbacena, MG - Brasil

3. Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Hospital Ibiapaba Cebams, Barbacena, MG - Brasil

Autor correspondente: Jade Chartone Eustáquio,

E-mail:

jadechartone@gmail.com

Introdução: O câncer de boca é o sexto mais comum no mundo e o Brasil é o terceiro país com maior índice desta neoplasia. Tabagismo e etilismo são os principais fatores de risco e homens acima dos 40 anos são os mais acometidos. Descrição do caso: Paciente feminina 36 anos, tabagista 20 ano/maço, relata "aftas" de repetição em cavidade oral de início há 1,5 anos, associadas a odinofagia e odontalgia progressivas, há 6 meses. Foi abordada com diferentes esquemas de antibioticoterapia, sem sucesso, tendo sido encaminhada à otorrinolaringologia após 10 meses da queixa inicial. Realizou tomografia de face e pescoço e ressonância nuclear magnética, ambas denotando processo inflamatório e obstrutivo em glândulas submandibulares e parótidas. Mediante achados inconclusivos, foi encaminhada para Cirurgia de Cabeça e Pescoço, realizando biópsia de assoalho bucal. Anatomopatológico demonstrou carcinoma de células escamosas pouco diferenciado, eroso in situ e invasor. Foi indicada pelviglossomandibulectomia de ângulo a ângulo da mandíbula, com ressecção de glândulas submandibulares bilaterais e esvaziamento de linfonodos cervicais em nível 2, associada a traqueostomia. Paciente encaminhada para tratamento adjuvante. **Discussão:** Este caso corrobora com achados recentes da literatura que evidenciam aumento da incidência abaixo dos 40 anos e diferenças cada vez menos significativas entre os sexos. Apesar de incidência crescente, o diagnóstico ainda é tardio, sendo cerca de 60% já em estágios III/IV, quando a ressecção cirúrgica isolada não é mais curativa. **Conclusão:** O diagnóstico precoce da neoplasia oral é essencial pois determina não só maior efetividade da abordagem cirúrgica, como também maiores possibilidades terapêuticas e prognósticas.

Palavras-chave: Neoplasias de Cabeça e Pescoço. Neoplasias de Cabeça e Pescoço/cirurgia. Epidemiologia. Carcinoma de Células Escamosas

Keywords: Head and Neck Neoplasms. Head and Neck Neoplasms/surgery. Epidemiology. Carcinoma. Squamous Cell.

Referências:

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, *et al.* GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base nº. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
2. Freitas RM, Rodrigues AMX, Matos Júnior AF, Oliveira GAL. Risk factors and major cytopathological changes of oral cancer: a review of literature. *Rev Bras Anal Clin.* 2016 Jan;48(1):13-8.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer.- INCA, Falando Sobre Câncer da Boca. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
4. Oliveira JMB, Pinto LO, Lima NGM, Almeida GCM. Câncer de Boca: Avaliação do Conhecimento de Acadêmicos de Odontologia e Enfermagem quanto aos Fatores de Risco e Procedimentos de Diagnóstico. *Revista Bras de Cancerol.* 2013; 59(2): 211-218
5. Sassi LM, Oliveira BV, Pedrucci PAG, Ramo GHA, Stramandinoli RG, Gugelmin G, *et al.* Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010 Mar;7(1):105-9
6. Brenner S, Jeunon FA, Barbosa AA, Grandinetti HAM. Oral squamous cell carcinoma: a literature review of patient profile, clinical staging and proposed treatment. *Rev Bras Cancerol.* 2007; 53(1): 63-69
7. Amorim Filho FS, Sobrinho JÁ, Rapoport A, Carvalho MB, Novo NE, Juliano Y. Estudo de variáveis demográficas, ocupacionais e co-carcinogênicas no carcinoma espinocelular da base de língua nas mulheres. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2003; 69 (4): 472-478.
8. Gupta N, Gupta R, Acharya AK, Patthi B, Goud V, Reddy, *et al.* Changing Trends in oral cancer - a global scenario. *Nepal J Epidemiol.* 2016;6(4):613-619.
9. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people-a comprehensive literature review. *Oral Oncol.* 2001 Jul;37(5):401-18.
10. Sciubba JJ. Oral cancer and its detection. History-taking and the diagnostic phase of management. *J Am Dent Assoc.* 2001;132 Suppl:12S-18S.
11. Tucci R, Borges FT, Aburad A, Carvalhosa AA. Avaliação de 14 casos de carcinoma epidermoide de boca com diagnóstico tardio. *RSBO.* 2010; 7 (2):231-238.
12. Bonfante GMS, Machado CJ, Souza PEA, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2014; 30(5): 983-997.
13. Son YH, Kapp DS. Oral cavity and oropharyngeal cancer in a younger population. Review of literature and experience at Yale. *Cancer.* 1985;55(2):441-4.
14. Iype EM, Pandey M, Mathew A, Thomas G, Sebastian P, Nair MK. Oral cancer among patients under the age of 35 years. *J Postgrad Med.* 2001;47(3):171-6.

Gastroduodenopancreatectomia no tratamento cirúrgico da neoplasia mucinosa papilífera intraductal do pâncreas: um relato de caso

Gastroduodenopancreatectomy in the surgical treatment of intraductal papillary mucinous neoplasia of the pancreas: a case report

Ana Luíza Guedes Pires¹; Gabriel Ferreira Rezende¹; Heitor Cordeiro Olegário¹; Matheus Magalhães Apolinário¹; Rodrigo de Oliveira Peixoto²; Carlos Augusto Gomes²; Emílio Augusto Campos Pereira de Assis³.

Introdução: A neoplasia pancreática é responsável por 2% das neoplasias pelo mundo, configurando-se como a oitava causa de morte por câncer no Brasil.⁴ As neoplasias mucinosas papilares intraductais são lesões pré-malignas e correspondem de 1 a 3%, sendo mais prevalentes na sexta década de vida e acometendo, principalmente, a região cefálica do órgão.¹ A ressecção cirúrgica é a conduta mais indicada para cura potencial do adenocarcinoma.³ Destarte, a gastroduodenopancreatectomia mostrou-se como primeira escolha para a ressecção dessas lesões.² Relato de caso: VRDS, masculino, 62 anos, hígido, BEG e sem perda ponderal, deu entrada no hospital com icterícia persistente e dor epigástrica irradiada para o dorso. Exames laboratoriais realizados foram compatíveis com quadro de pancreatite aguda. À TC, havia dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas e do ducto principal associado à presença de imagem hipodensa no terço distal. Endoscopia Digestiva Alta (EDA) demonstrou papila protusa. Foi indicada a realização de Gastroduodenopancreatectomia, com pós-operatório de fístula pancreática de baixo débito e boa evolução. Alta 16 dias após admissão. **Discussão:** Diante do quadro, sugestivo de pancreatite, iniciou-se propeidética diagnóstica com realização de TC e EDA. Os achados de imagem, associados à elevação de amilase, foram sugestivos de etiologia neoplásica da obstrução, sendo indicada a Gastroduodenopancreatectomia com ressecção das cadeias linfonodais regionais. Houve boa evolução pós-operatória, creditada ao diagnóstico precoce e instituição de tratamento cirúrgico adequado. **Conclusão:** A colangiopancreatografia e a EDA mostraram-se fundamentais para o diagnóstico precoce da doença, possibilitando intervenção cirúrgica adequada e resultando na cura do paciente sem maiores comorbidades.

Palavras-chave: Pâncreas. Cisto Pancreático. Neoplasias Intraductais Pancreáticas.

Keywords: Pancreas. Pancreatic Cyst. Pancreatic Intraductal Neoplasms.

Referências:

1. Perri G, Marchegiani G, Frigerio I, Dervenis C, G, Conlon K, C, Bassi C, Salvia R: Management of Pancreatic Cystic Lesions. *Dig Surg*. 2019. doi: 10.1159/000496509
2. Elta, Grace H MD, FACP; et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Pancreatic Cysts. *American Journal of Gastroenterology*. vol 113 (4) p 464–479. 2018 doi: 10.1038/ajg.2018.14
3. Florence Jeune *et al.* Pancreatic cancer surgical management. *La Presse Médicale*. Vol 48(3), p.147-158. 2019. doi.org/10.1016/j.lpm.2019.02.027
4. The European Study Group on Cystic Tumours of the Pancreas, *et al.* European evidence-based guidelines on pancreatic cystic neoplasms. *Cystic Tumours of the Pancreas TESP*. 2018;
5. Borghesi Ronaldo Antonio, *et al.* TUMORES CÍSTICOS PANCREÁTICOS. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. 2015;17(4):185-187.
6. ARVALHO JOÃO DUARTE SOBRINHO. NEOPLASIAS CÍSTICAS DO PÂNCREAS [Tese de mestrado]. [place unknown]: Universidade do Porto; 2012. NEOPLASIAS CÍSTICAS DO PÂNCREAS.
7. Artifon Everson L.A, *et al.* Lesões Císticas do Pâncreas. *GED gastroenterol. endosc. dig.* 2013;32(44):111-119.

1. Graduandos em Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora;
2. Orientador do trabalho e Professor Adjunto de Cirurgia Geral da Universidade Federal de Juiz de Fora;
3. Anatomopatologista.

Correspondência:

Rua Antônio Bento de Vasconcelos, nº 1000, Condomínio Fazendinhas do Ipiranga, Bairro Previdenciários – Juiz de Fora/MG – CEP: 36031-290
E-mail:
 analuiza.guedes.pires@gmail.com

Diverticulite de Meckel simulando apendicite aguda: relato de caso

Meckel's diverticulitis simulating acute appendicitis: case report

Victor Vitoi Cangussu¹, Bruno de Andrade Salomão², Priscila Rizutti Ferreira²,
Paula Farias Lischt Teixeira Gomes², Rafael Leal de Menezes².

1 - Cirurgião do Aparelho Digestivo, preceptor da residência médica de cirurgia geral no Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus

2 - Médico residente cirurgia geral no Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus

Insituição: Hospital Monte Sinai, Juiz de Fora

Autor correspondente: Paula Farias Lischt Teixeira Gomes,

E-mail: paulaftg@msn.com

Introdução: O Divertículo de Meckel (DM) é a anomalia congênita mais comum do trato gastrointestinal, presente em 2% da população com semelhante distribuição entre os sexos (Hosn, Lakis *et al.* 2014, Parvanescu, Bruzzi *et al.* 2018). Resulta da falha de obliteração do ducto onfalomesentérico, formando um verdadeiro divertículo presente na borda antimesentérica do íleo terminal, a aproximadamente 90 cm da válvula ileocecal. Em até 50% dos casos evidencia-se tecido ectópico, sendo gástrico e pancreático os mais comuns. (Araújo, Araújo *et al.* 2014). **Relato de caso:** Apresentamos um relato de caso de paciente masculino, adulto jovem, com quadro de diverticulite aguda de Meckel. Paciente, masculino, 27 anos, deu entrada no serviço de emergência do hospital no dia 05 de outubro de 2018 com queixa de dor abdominal epigástrica iniciada após alimentação na noite anterior, acompanhada de três episódios de vômitos e febre. Negava alteração de hábito intestinal, comorbidades, uso contínuo de medicamentos ou alergias. Ao exame físico apresentava-se taquicárdico (FC: 120 bpm), febril, com bom padrão respiratório. Exame abdominal com dor a palpação difusa e descompressão brusca dolorosa. Exames laboratoriais que evidenciaram leucocitose sem desvio a esquerda (Leucograma: 23600 / 4 bastões) e PCR : 33 - restante sem alterações. Tomografia Computadorizada (TC) de Abdome evidenciou “alça de delgado com pequena área de dilatação, borramento e com vasos engurgitados sugerindo área diverticular com processo inflamatório local”. Submetido a videolaparoscopia diagnóstica com achado de divertículo de Meckel em íleo, com necrose em ponta e abscesso bloqueado pelas alças e delgado próximo ao apêndice cecal que apresentava hiperemia (periapendicite). Optada pela realização de enterectomia segmentar em área de divertículo, com anastomose primária termino-terminal e apendicectomia videolaparoscópica. **Discussão:** É assintomático na maioria das vezes, podendo levar a sintomas decorrente de complicações. Na infância ocorre principalmente hemorragia digestiva baixa; nos adultos pode levar a casos de dor abdominal, diverticulite aguda, obstrução intestinal e sangramentos. (Araújo, Araújo *et al.* 2014, Hosn, Lakis *et al.* 2014). Nos casos de diverticulite aguda o principal diagnóstico diferencial é com apendicite aguda, onde aproximadamente 40% dos casos a diferenciação é feita apenas no intra-operatório. (Pirzada, Tariq *et al.* 2018) **Conclusão:** Embora seja uma condição rara, a diverticulite de Meckel é um importante diagnóstico diferencial com quadros de apendicite aguda, necessitando de tratamento cirúrgico precoce para evitar complicações. Quando possível, recomenda-se a utilização de videolaparoscopia devido melhor recuperação em pós-operatório.

Palavras-chave: Diverticulo de meckel, apendicite, diverticulite aguda, abdomen agudo.

Keywords: Meckel diverticulum, appendicitis, diverticulitis, abdomen acute.

Referências:

- 1- Hosn MA, Lakis M, Faraj W, Khoury G, Diba S. Laparoscopia Approach to symptomatic meckel diverticulum in adults. JLS 2014; 18(4): 1-4.
- 2- Douard R, Parvanescu A, Bruzzi M, Voron T, Tilly C, Zinzindohué, *et al.* Complicated Meckel's diverticulum. Medicine 2018; 97(38): 1-6.
- 3- Araujo LM, Araujo FM, Alves ACS, Monteiro ACF, Paula BC, Xavier DSS. Divertículo de Meckel: revisão de literatura. Rev Med Minas Gerais 2014; 24(1): 93-7.
- 4 -Pirzada U, Tariq H, Azam S, Kumar K, Dev A. A rare cause of abdominal pain in adults: Meckel's diverticulitis. Case Rep Gastroenterol 2018;12: 709-14.
- 5- Blouhos K, Boulas K, Tsalis K, Baretas N, Paraskeva A, Kariotis I, *et al.* Meckel's diverticulum in adults: surgican concerns. Frontiers in surgery 2018; 5: 1-4.
- 6- Whong CS, Dupley L, Varia HN, Golka D, Linn T. Meckel's diverticulitis: a rare entity of Meckel's diverticulum. Journal of Surgery Case Reports 2017; 1: 1-3.