

# **TEMAS LIVRES**

### 001 - AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL DO RETO: TÉCNICA DE COLOSTOMIA PERINEAL, TÁTICA E COMPLICAÇÕES

Barbosa CA<sup>1</sup>; Rodrigues HR<sup>2</sup>; Hofne LGr<sup>2</sup>; Rocha PFA<sup>2</sup>; Braga LM<sup>2</sup>; Silveira LA<sup>2</sup>; Falc LFi<sup>2</sup>; Fonseca BMO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundação de Pesquisa e Ensino de Cirurgia, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Universidade Federal de Ouro Preto, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** O trabalho propõe uma breve revisão da literatura sobre a amputação abdominoperineal do reto, correlacionando-a com a técnica de colostomia perineal e as principais táticas utilizadas, além das prováveis complicações. **Métodos:** Foram feitas pesquisas em livros científicos, especializados na área de anatomia humana e cirurgia geral, e no banco de dados da plataforma Pubmed, Scielo e LILACS. **Resultados:** O tratamento do câncer anorretal pode ser, pelos métodos mais conservadores e cirúrgicos, como por exemplo, a operação de Miles (amputação abdominoperineal). Essa técnica possibilita uma sobrevida melhor aos doentes tratados, quando comparada a outras menos radicais. A operação consiste em ressecar o terço médio e inferior do reto, podendo chegar até o ânus, quando não existem margens livres de segurança de ressecção tumoral entre o reto e o ânus ou existe invasão do esfíncter anal pelo tumor, com o uso de colostomia definitiva. Para tal, pode-se realizar colostomia abdominal, em que se tem a necessidade do uso de bolsa de colostomia. Outra alternativa é a colostomia perineal, técnica desenvolvida pelo Prof. Alcino Lazaro da Silva, em que a exteriorização é feita pelo períneo com a realização de uma ostomia perineal. Para conter a incontinência e evitar a desidratação, por exemplo, desenvolvem-se três válvulas a partir da retirada das camadas serosa e muscular de três pontos diferentes, a 10, 20 e a 30 centímetros da porção terminal do intestino, suturando os pontos adjacentes que contêm todas as camadas, formando, assim, as válvulas. Essa reconstrução dificulta a evacuação normal, por desviar os plexos parassimpáticos da região e impedir o peristaltismo, sendo necessário o uso de uma sonda de borracha que permita a colocação de fleet enema, solução que estimula a evacuação. Todo esse sistema necessita de uma educação pessoal para evitar dificuldades ao paciente, como, por exemplo, fecaloma e a possibilidade de perfurar o intestino ao se introduzir a ponta do fleet enema no cateter sem o devido cuidado. **Conclusão:** O câncer anorretal das porções distais tem como alternativa a realização de amputação abdominoperineal com a técnica de colostomia perineal, o que dispensa o uso de bolsa de colostomia, entre outras vantagens, o que possibilita menores déficits sociais ao paciente, porém, é necessária uma educação pessoal do paciente para se evitar possíveis complicações.

**Palavras-chave:** Amputação Abdominoperineal; Colostomia; Câncer Anorretal.

E-mail do autor: lissameireles@yahoo.com.br

### 002 - ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E CIRÚRGICA NO SARCOMA DE PARTES MOLES DE ALTO GRAU: RELATO DE CASO

Gregl ACV<sup>1</sup>; Araújo AP<sup>1</sup>; Alves LRR<sup>2</sup>; Rodrigues LB<sup>2</sup>; Araújo PM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano - MG - Brasil; <sup>2</sup>Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivos:** Descrever as características clínicas, abordagem diagnóstica e cirúrgica em caso de sarcoma de partes moles de alto grau. **Metodologia:** Relato de caso de paciente com quadro de sarcoma de partes moles de alto grau apresentando massa de crescimento rápido e indolor em região supraescapular esquerda, submetido à excisão cirúrgica e posterior acompanhamento ambulatorial, no Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) em abril de 2014. **Resultados:** A.G.A., 42 anos, sexo masculino, com relato de tumor supraescapular com um mês de evolução, sem outras alterações ou queixas. Tomografia computadorizada de tórax sem contraste evidenciou massa de grande volume (13,0 x 6,0 cm) em dorso esquerdo, supraescapular, de limites definidos, sem invasão de estruturas adjacentes ou lesões osteolíticas próximas. Optada por abordagem cirúrgica, sendo submetido à toracectomia. Evidenciada tumoração volumosa, lobulada, heterogênea, de limites precisos, contendo tecido necrótico em seu interior, acometendo estreito torácico até a base do hemitórax esquerdo, desde a musculatura paravertebral à região infraescapular. Sem acometimento de musculatura paravertebral ou arcos costais. Procedido à dissecação romba e liberação do tumor. Notada linfonodomegalia em gordura infraescapular. Paciente apresentou pós-operatório sem intercorrências, recebendo alta após 5 dias e encaminhado ao ambulatório do HMOB para acompanhamento. Anatomopatológico relatou presença de neoplasia maligna de histogênese a esclarecer, entretanto com características que sugeriam tratar-se de sarcoma, do tipo epitelióide ou variante de rabdomyosarcoma, e neoplasia maligna metastática para linfonodos. Imuno-histoquímica evidenciou neoplasia pouco diferenciada de alto grau infiltrativa em tecido fibroadiposo e metastática para linfonodos constituída por células epitelióides, com presença de necrose, figuras de mitose e imunoexpressão para vimentina e CD99, entretanto sem painel específico para a determinação da histogênese. Paciente manteve acompanhamento no HMOB para controle da dor e encaminhado à oncologia para definição de tratamento pós-abordagem cirúrgica. **Conclusão:** A avaliação diagnóstica dos sarcomas de partes moles inclui exames de imagem, biópsia e estadiamento. Nesse paciente, a excisão cirúrgica foi optada, mesmo sem definição diagnóstica, devido às características clínicas e imaginológicas do tumor, sendo a abordagem específica para tratamento complementar realizada posteriormente.

**Palavras-chave:** Sarcoma de Partes Moles; Abordagem Cirúrgica; Abordagem Diagnóstica.

E-mail do autor: anaclaragregl@gmail.com

### 003 - TRATAMENTO DA INFERTILIDADE NA ENDOMETRIOSE COM LASER DE CO2: RELATO DE CASO

Gregl ACV<sup>1</sup>; Ravsk A<sup>1</sup>; Coelho PB<sup>1</sup>; Ferreira TD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano - MG - Brasil; <sup>2</sup>Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena - MG - Brasil.

**Objetivos:** Demonstrar a eficácia do tratamento da infertilidade na endometriose com o uso do laser de CO<sub>2</sub> via cirurgia vídeo laparoscópica em um caso de uma paciente com endometriose severa e pelve congelada objetivando a preservação da fertilidade. **Metodologia:** Relato de caso de paciente com endometriose apresentando infertilidade e dor pélvica, submetida à cirurgia vídeo laparoscópica com uso de laser de CO<sub>2</sub>, no Hospital Belvedere em Belo Horizonte no mês de março de 2001. **Resultados:** Paciente E.V.M.P., 25 anos, queixando dor pélvica há quatro anos e com tentativas de engravidar há 2 anos sem sucesso. Foi submetida à cirurgia vídeo-laparoscópica exploratória que evidenciou aderências endometrióticas obstruindo toda a pelve e envolvendo epíplio anexo esquerdo, útero, trompas e ovários em sua superfície. O uso do laser de CO<sub>2</sub> no momento cirúrgico permitiu a lise de aderências com trauma mínimo restabelecendo a anatomia da pelve e ainda a cauterização das lesões de maneira extensa, mesmo em locais críticos, como alças intestinais e bexiga. Foi utilizado o laser cirúrgico de CO<sub>2</sub>, da marca SHARPLAN de 40w e, posteriormente, foi colocado um DIU com progestágeno, enquanto a paciente aguardava época oportuna para engravidar. A paciente engravidou por método natural duas vezes após o procedimento, sendo a primeira em 2004, três meses após a retirada do DIU e a segunda em 2005. As duas gestações evoluíram sem intercorrências e culminaram em partos vaginais com fetos vivos e saudáveis. Além do tratamento da infertilidade, houve alívio da dor neste período. Outro DIU com progestágeno foi colocado após o segundo parto. **Conclusão:** A cirurgia com laser de CO<sub>2</sub> demonstrou eficácia no tratamento da infertilidade e da dor pélvica causada pela endometriose severa nesta paciente.

**Palavras-chave:** Endometriose; Laser de CO<sub>2</sub>; Infertilidade.

E-mail do autor: anaclaragregl@gmail.com

#### **004 - RELATO DE DOIS CASOS DE ADENOCARCINOMA DE DELGADO EM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL E DO APARELHO DIGESTIVO DO HOSPITAL METROPOLITANO DE SARANDI – PR**

Nogueira MOR<sup>1</sup>; Silva ABR<sup>1</sup>; Ferreira CE<sup>1</sup>; Viquiato MR<sup>1</sup>; Cestari Junior LA<sup>1</sup>; Bonadiman A<sup>1</sup>; Medeiros AL<sup>1</sup>; Odebrecht L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rede Metropolitana de Assistência a Saúde, Sarandi - PR - Brasil.

**Resumo:** Tumores de intestino delgado hoje são raros, variando entre 1 a 6% dos casos de tumores malignos do trato gastrointestinal. De difícil diagnóstico por serem em sua grande maioria assintomáticos, ou com queixas abdominais inespecíficas, que quando associados a quadro de dor importante, tem sua origem maligna na maioria dos casos. Exames de laboratório, de imagem e endoscópicos podem ser úteis na propedêutica complementar porém muitas as vezes não conclusivos para o diagnóstico desse tipo de lesão. O tratamento geralmente é cirúrgico, com ressecção da lesão com bordas livres, acompanhada de linfadenectomia loco regional na dependência da neoplasia e seu estadiamento. Este é um relato de dois casos operados e diagnosticados no serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital Metropolitano de Sarandi – PR, no primeiro semestre de 2014. CASO 1 M.I.M.S; feminino; 45 anos; dor abdominal inespecífica em FID e HID, acompanhado vômitos após ingesta alimentar. Admitida no Hospital Metropolitano de Sarandi, dia 18/03/2014. No ato cirúrgico foi identificado lesão tumoral obstrutiva a 40cm do ângulo de Treitz e adenopatia mesentérica com anatomopatológico apresentando adenocarcinoma intestinal de padrão tubular moderadamente diferenciado, invasivo. CASO 2 C.S.P., 40 anos, masculino. Paciente encaminhado via ambulatorial para realização de laparotomia exploradora, após resultado de exame por cápsula endoscópica, com lesão ulcerovegetante em delgado. Realizada laparotomia exploradora, com visualização de massa em íleo, carcinomatose peritoneal, implantes diafragmáticos e massas difusas em omento maior. Encaminhado material para anatomopatológico, o qual resultou em adenocarcinoma de intestino delgado.

**Palavras-chave:** Adenocarcinoma de Delgado.

E-mail do autor: monicaorn@hotmail.com

#### **005 - TRATAMENTO CONSERVADOR EM TRAUMA PENETRANTE POR ARMA DE FOGO EM TRANSIÇÃO TÓRACOABDOMINAL DIREITA: RELATO DE CASO**

Nogueira MOR<sup>1</sup>; Silva ABR<sup>1</sup>; Ferreira CE<sup>1</sup>; Viquiato MR<sup>1</sup>; Cestari Junior LA<sup>1</sup>; Bonadiman A<sup>1</sup>; Medeiros AL<sup>1</sup>; Odebrecht L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rede Metropolitana de Assistência a Saúde, Sarandi - PR - Brasil.

**Resumo:** O tratamento ao paciente politraumatizado vem passando por mudanças nas ultimas duas décadas com intuito de evitar lesões iatrogênicas desnecessárias. O trauma hepático é o segundo mais acometido no trauma abdominal fechado, atrás somente do trauma esplênico, mas o que mais resulta em morte. No caso de lesão penetrante na transição tóraco abdominal direita é o órgão mais acometido. Hoje após advento de novas tecnologias no âmbito radiológico e intervencionista, o tratamento para lesão traumática de órgãos sólidos vem passando por mudanças, sendo optado primeiramente pela conduta conservadora. Este relato tem por objetivo apresentar um caso de uma paciente jovem, vítima de ferimento por arma de fogo, internada no serviço de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital Metropolitano de Sarandi - PR, apresentando orifício de entrada em transição tóraco abdominal direita, com imagem tomográfica de lesão hepática grau IV, sendo optado por tratamento conservador com desfecho favorável.

**Palavras-chave:** Tratamento; Conservador; Hepático.

E-mail do autor: monicaorn@hotmail.com

#### **006 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LESÕES CUTÂNEAS PIGMENTADAS: DERMATOSCOPIA COMO MÉTODO AUXILIAR NA DIAGNOSE DIFERENCIAL**

Couto MLM<sup>1</sup>; Pereira FS<sup>1</sup>; Maia NM<sup>1</sup>; Resende PJ<sup>1</sup>; Soares PD<sup>1</sup>; Neves VR<sup>1</sup>; Furtado GR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto - MG - Brasil.

**Objetivos:** Evidenciar o uso da dermatoscopia como método eficaz para o auxílio no diagnóstico diferencial de lesões pigmentares de pele, mostrando a relevância desta em conformidade a outras metodologias utilizadas, sobretudo, em relação à regra ABCDE. Tal objetivo se justifica pela frequência de lesões pigmentadas na prática clínica e pelo desafio que se constitui o seu diagnóstico diferencial. **Métodos:** Realizou-se um levantamento bibliográfico por meio de buscas nas plataformas de pesquisa do CDC e Scielo, utilizando as palavras-chave: lesões pigmentadas, dermatoscopia e melanoma. Além disso, foram consultados livros e artigos de acervo próprio. **Resultados:** A regra ABCDE é o método diagnóstico mais utilizado atualmente em nível ambulatorial na detecção precoce de lesões malignas e apresenta por si só uma notável sensibilidade de 75%. Quando associada à dermatoscopia, esse índice pode atingir 93%, possibilitando a atuação médica no sentido de tratar cirurgicamente tais lesões quando necessário e diminuir assim o risco metastático associado a elas. No entanto, por possuírem especificidade combinada de apenas 42%, o exame histopatológico – padrão-ouro no diagnóstico de lesões melanocíticas – faz-se necessário para a confirmação diagnóstica e exclusão de possíveis falso-positivos. **Conclusões:** Visto a grande diversidade de diagnósticos diferenciais no campo das lesões pigmentares cutâneas e as elevadas taxas de mortalidade do melanoma tanto no Brasil quanto no mundo, o uso da dermatoscopia se justifica principalmente como instrumento de triagem e rastreamento de lesões malignas. De tal forma, a tão difundida técnica ambulatorial ABCDE deve ser amplamente utilizada, mas, dada a sua não tão alta precisão, é importante que seja aliada à dermatoscopia. Estas técnicas juntas apresentam alta sensibilidade, baixo custo e aplicação em espaço ambulatorial, mas não excluem a necessidade de confirmação diagnóstica pela análise histopatológica.

**Palavras-chave:** Dermoscopia; Nevo Pigmentado; Melanoma.

E-mail do autor: marinaleticia2@hotmail.com

### 007 - ATUALIZAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Freitas BF<sup>1</sup>; Soares DD<sup>1</sup>; Silva GCM<sup>1</sup>; Sales TM<sup>1</sup>; Rezende VC<sup>1</sup>; Rodrigues VFC<sup>1</sup>; Souza IKF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto - MG - Brasil.

**Introdução:** a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma entidade crônica, caracterizada pela produção de sintomas e sinais de lesão no esôfago, orofaringe, laringe e trato respiratório, cuja prevalência gira em torno de 12% da população urbana. Os sintomas mais comuns são pirose, regurgitação ácida e disfagia esofágica, podendo apresentar também manifestações extra-esofágicas e sinais de alarme. As complicações mais comuns são esofagite de refluxo, esôfago de Barrett e estenose. **Objetivo:** revisar as atualizações diagnósticas e terapêuticas da DRGE. **Método:** baseou-se na busca bibliográfica nas bases de dados MEDLINE e SCIELO através dos seguintes descritores: esôfago de Barrett, adenocarcinoma de esôfago, neoplasia de esôfago; doença do refluxo gastroesofágico, tratamento. Foram revisados periódicos classificados na área de Gastroenterologia, Cirurgia Geral e Medicina Geral, seguida de uma revisão manual das citações dos artigos selecionados. **Resultado:** o diagnóstico é essencialmente clínico, devendo ser investigadas intensidade, frequência e duração, podendo ser necessária a realização de exames complementares, dentre esses Endoscopia Digestiva Alta e pHmetria de 24 horas (padrão-ouro), principalmente se associado a sinais de alarme ou em idades acima de 40 anos. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, visando à melhora de sintomas ou à cura. O tratamento clínico consiste em mudanças de hábito e terapia medicamentosa com Inibidores de Bomba Protônica, Inibidores de Receptores Histamínicos tipo 2, Procinéticos, dentre outros. O tratamento cirúrgico é indicado para pacientes que apresentam lesões esofágicas graves ou como alternativa ao tratamento clínico não responsivo. As técnicas utilizadas são Funduplicatura total, Funduplicatura parcial, Dispositivo Linx ou Sistema de estimulação elétrica (EndoStim). Pode-se optar também pelo método endoscópico de Stretta ou Enterix. **Conclusão:** Diante da importância do tema e das complicações que podem levar à perda da qualidade de vida, é importante o médico manter-se atualizado a respeito das indicações do tratamento clínico-farmacológico e/ou cirúrgico.

**Palavras-chave:** Esôfago de Barrett; Refluxo Gastroesofágico; Tratamento.

E-mail do autor: bryanfreitas@gmail.com

### 008 - DIVERTÍCULO DE ZENKER: UM RELATO DE CASO

Fernandes CAS<sup>1</sup>; Girundi MG<sup>1</sup>; Neves FAC<sup>1</sup>; Alves NJ<sup>1</sup>; Ramos TL<sup>1</sup>; Alves PAP<sup>1</sup>; Ordonez DS<sup>1</sup>; Perez TVM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Relatar o caso de paciente com divertículo de Zenker operado no Complexo Hospitalar São Francisco, em Belo Horizonte, Minas Gerais, revisar a literatura e descrever as técnicas cirúrgicas empregadas no tratamento. **Método:** Apresentar o caso de um paciente do sexo masculino de 66 anos submetido a diverticulectomia de Zenker com grampeador linear associado a miotomia cricofaríngea que evoluiu de forma satisfatória, com remissão dos sintomas após a cirurgia. **Discussão:** Divertículo de Zenker também conhecido como divertículo faringoesofágico é uma herniação da mucosa esofageana através do triângulo de Killian, uma área de fraqueza muscular entre as fibras transversais do músculo cricofaríngeo e as fibras oblíquas do músculo constritor inferior da faringe. É uma patologia rara com incidência estimada no Reino Unido de 2 casos a cada 100.000 pessoas. Classifica-se como um falso divertículo em decorrência de elevadas pressões intraluminais geradas por distúrbios de motilidade anormais. Uma das manifestações clínicas do divertículo de Zenker é disfagia orofaríngea. A cirurgia ainda continua sendo a principal forma de remissão dos sintomas para essa patologia. Entretanto, os métodos minimamente invasivos não-cirúrgicos estão sendo cada vez mais utilizados. **Conclusão:** Divertículos esofagianos, apesar de raros, participam do diagnóstico diferencial de muitas patologias associadas a disfagia orofaríngea como espasmo esofágico difuso, acalasia, hipertensão do esfíncter esofágico inferior, câncer de esôfago. Diagnóstico e tratamento precoce são imprescindíveis para se obter melhores resultados.

**Palavras-chave:** Divertículo de Zenker; Miotomia Cricofaríngea; Diverticulectomia.

E-mail do autor: casfernandes1@gmail.com

### 009 - HERNIA INTERNA CAUSADA POR NECROSE DE DIVERTÍCULO DE MECKEL: RELATO DE CASO

Simoes FCM<sup>1</sup>; Girundi MG<sup>1</sup>; Neves FAC<sup>1</sup>; Alves PAP<sup>1</sup>; Perez TVM<sup>1</sup>; Ordonez DS<sup>1</sup>; Ramos TL<sup>1</sup>; Sciavico P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Introdução:** O divertículo de Meckel, anomalia congênita mais frequente do trato gastrointestinal, é um divertículo verdadeiro localizado na borda antimesentérica do íleo, de 30 a 150 cm de distância da válvula ileocecal, em decorrência da persistência do conduto onfalomesentérico. **Objetivo:** Relatar um caso de obstrução intestinal por hérnia interna causada por divertículo de Meckel. **Método:** Paciente V.S.B., masculino, 43 anos, previamente hígido, apresentando quadro de distensão e dor abdominal difusa associada a vômitos fecalóides e parada de eliminação de flatus e fezes, com 48 horas de evolução. Radiografia de abdomen mostrou dilatação de alças com presença de níveis hidroaéreos. Ao exame físico paciente sem abordagem cirúrgica, sem hérnias de parede abdominal e sem sinais sugestivos de doenças consumptivas prévias. Submetido a laparotomia exploradora que evidenciou obstrução do intestino delgado, em hérnia interna, formada por aderência do divertículo de Meckel isquêmico, em base do mesentério. Realizada diverticulectomia com grampeamento linear e reforço da linha de grampo. Análise histopatológica diagnosticou gangrena intestinal e achados compatíveis com divertículo de Meckel. Paciente evoluiu sem intercorrências, tendo recebido alta hospitalar no quarto dia pós-operatório aceitando bem dieta branda oferecida e mantido seguimento ambulatorial sem intercorrências. **Conclusão:** O Divertículo de Meckel é a anomalia mais comum do trato Gastro-intestinal, sendo raro o diagnóstico pré-operatório. O caso apresentado reforça a tese de que as complicações do divertículo conduzem a laparotomia exploradora sem etiologia dirigida. Neste caso o paciente evoluiu com abdômen agudo obstrutivo, foi submetida a laparotomia exploradora evidenciando aderência do divertículo de Meckel causando herniação interna com obstrução intestinal e isquemia do divertículo.

**Palavras-chave:** Hérnia Interna; Divertículo de Meckel; Obstrução Intestinal.

E-mail do autor: fcriva@outlook.com

## 010 - ABORDAGEM CLÍNICO-CIRÚRGICA DOS PACIENTES COM FÍSTULAS DIGESTIVAS: ATUALIZAÇÃO TERAPÊUTICA

Freitas LB<sup>1</sup>; Souza BB<sup>1</sup>; Matos LA<sup>1</sup>; Silva MF<sup>1</sup>; Jaques NS<sup>1</sup>; Assis NC<sup>1</sup>; Souza IKF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto - MG - Brasil.

**Objetivo:** Descrever a abordagem clínico-cirúrgica no manejo dos pacientes com fístulas digestivas (FD) pós-operatórias, especialmente no que tange à atualização terapêutica. **Métodos:** Foram revisados cinquenta e dois artigos científicos, publicados entre os anos de 1996 e 2014, selecionados a partir de busca nas bases de dados Web of Science e PubMed, utilizando-se as seguintes palavras-chave: gastrointestinal fistula, enterocutaneous fistula e management. **Resultados:** A depender do direcionamento, nível, débito, inclusão no trânsito intestinal e presença de complicações, as FD acarretam transtornos de gravidade variável, os quais vão desde um leve desbalanço hídrico até a sepse com falência multiorgânica. Assim, os cuidados gerais do paciente com FD devem iniciar-se logo após o seu reconhecimento com medidas que visem a estabilização do doente, como correção de distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos, suporte nutricional, cuidados com a pele, controle da sepse ou peritonite e drenagem adequada. A intervenção cirúrgica de urgência raramente é necessária. Pacientes com possível FD e que apresentam franca irritação peritoneal ou choque séptico demandam realização de laparotomia imediata. A maioria das FD, contudo, apresentam-se com um quadro clínico menos grave e, nesses casos, a abordagem é majoritariamente clínica. Estudos e revisões recentes elencam a importância dos cuidados gerais supracitados, seja para o fechamento espontâneo da fístula ou para seu melhor prognóstico. A reparação cirúrgica precoce tem sido relacionada a um aumento da taxa de mortalidade e, por isso, o tratamento cirúrgico definitivo, quando necessário, deve ser realizado após a estabilização clínica. As principais novas abordagens no tratamento das FD incluem: uso de dispositivos VAC (vacuum-assisted closure) para fístulas enterocutâneas de difícil controle; uso de drogas antissecretoras, sobretudo a somatostatina sintética, para redução do débito da fístula; tratamento endoscópico com clips, ligaduras, cola de fibrina ou stents. Em geral, essas novas abordagens compartilham uma ausência de estudos em maior número a fim de comprovar suas indicações, segurança, eficácia e efetividade. **Conclusão:** Embora o manejo das FD careça de importantes inovações, a literatura atual reforça a relevância dos cuidados gerais para o alcance de menores taxas de morbiletalidade. Dessa forma, o cuidado interdisciplinar que otimiza o estado geral do paciente é a chave para o sucesso terapêutico.

**Palavras-chave:** Fístulas Gastrointestinais; Fístulas Enterocutâneas; Tratamento.

E-mail do autor: laurice\_2@hotmail.com

## 011 - ANÁLISE DA MELHORA DAS COMORBIDADES ASSOCIADAS À OBESIDADE APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO - UM ESTUDO RETROSPECTIVO

Omer NNCS<sup>1</sup>; Barroso LA<sup>1</sup>; Silva NC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Santa Casa BH, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Este estudo analisa de forma retrospectiva a presença de roncos/apneia do sono, diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) no pré-operatório de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica e sua melhora em até 12 meses de pós-operatório, comparando diferentes modalidades cirúrgicas, a saber derivação gástrica a Fobi-Capella (FC), bypass gástrico videolaparoscópico (BPVL) e gastrectomia vertical videolaparoscópica (GVL). **Método:** Foram avaliados os protocolos de acompanhamento de 250 pacientes, sendo 209 mulheres (83,6%) e 41 homens (16,4%), com idades entre 16 e 61 anos (média 35 anos) analisando a presença de roncos/apneia do sono; relato de DM e uso de medicação hipoglicemiante (insulina ou hipoglicemiante oral) e relato de HAS e uso de medicação anti-hipertensiva. Desses pacientes, 92 foram submetidos ao BPVL, 122 à FC e 36 à GVL. A escolha da técnica cirúrgica foi individualizada, não sendo levada em consideração neste estudo. Todos os parâmetros foram avaliados no pré-operatório e durante as consultas de retorno pós-operatório nos primeiros 12 meses. A presença das comorbidades foi considerada levando em consideração o relato pessoal, exame físico, uso de medicação específica e exames complementares. A melhora das condições citadas foi avaliada pelo relato pessoal, no caso dos roncos; interrupção da medicação ou do tratamento específico, uso de CPAP e melhora laboratorial. **Resultados:** Durante o pré-operatório, 96 pacientes (38,4%) roncavam e/ou eram portadores de apneia do sono; 36 (14,4%) eram portadores de DM e 87 pacientes (34,8%) eram hipertensos. Após 12 meses de pós-operatório, houve uma melhora total de 30,20% na apneia /roncos (29 pacientes), sendo que, comparando as diferentes técnicas, a melhora foi de 28,94% nos pacientes submetidos ao BPVL; 31,11% no caso da FC e 30,76% na GVL. Com relação à melhora do DM, esta ocorreu em 72,22% do total de casos (26 pacientes), sendo 85% dos pacientes submetidos ao BPVL; 53,84% dos pacientes submetidos à FC e 66,66% dos pacientes submetidos à GVL. No caso da HAS houve uma melhora total de 48,27% (42 pacientes), sendo que 54,28% dos pacientes que pertenciam ao grupo do BPVL; 42,85% ao grupo da FC e 50% na GVL. **Conclusão:** Na análise estatística realizada não houve diferença significativa entre as modalidades cirúrgicas. As três modalidades avaliadas neste estudo se mostraram eficazes na resolução ou melhora da HAS, DM e roncos/apneia do sono.

**Palavras-chave:** Diabetes; Hipertensão Arterial; Cirurgia Bariátrica.

E-mail do autor: nathy\_nascentes@hotmail.com

## 012 - EFICÁCIA DO EMAGRECIMENTO COMPARANDO TRES DIFERENTES TÉCNICAS DE CIRURGIA BARIATRICA NO PRIMEIRO ANO

Barroso LA<sup>1</sup>; Omer NNCS<sup>1</sup>; Silva EN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Santa Casa BH, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Este estudo compara, de forma retrospectiva, a perda do excesso de índice de massa corporal (IMC) de pacientes submetidos a diferentes técnicas de cirurgia bariátrica, a saber Derivação Gástrica a Fobi-Capella (FC), Bypass gástrico videolaparoscópico (BPVL) e gastrectomia vertical videolaparoscópica (GVL). **Método:** Foram avaliados os protocolos de acompanhamento de 250 pacientes, sendo 209 mulheres (83,6%) e 41 homens (16,4%), com idades entre 16 e 61 anos (média 35 anos) analisando o IMC no pré-operatório e a perda do excesso de IMC no pós-operatório em 15 dias, 1 mês, 3 meses, 6 meses e 12 meses, considerando como IMC padrão 25Kg/m<sup>2</sup>. Desses pacientes, 92 foram submetidos ao BPVL, 122 à FC e 36 à GVL. A escolha da técnica cirúrgica foi individualizada, não sendo levada em consideração neste estudo. Foi feita a comparação entre o IMC do pré-operatório com os do pós-operatório com o objetivo de avaliar qual modalidade cirúrgica é a mais eficaz no que diz respeito a perda de peso no primeiro ano. **Resultados:** A média do IMC no pré-operatório dos pacientes avaliados foi de 43,20Kg/m<sup>2</sup> (31,22-66,98Kg/m<sup>2</sup>). No pré-operatório os paciente submetidos ao BPVL apresentaram IMC médio de 42,91Kg/m<sup>2</sup> (33,02-60,49), os submetidos a FC apresentaram IMC médio de 43,97Kg/m<sup>2</sup> (34,37-66,98Kg/m<sup>2</sup>) e os pacientes que foram submetidos a GVL apresentaram IMC médio de 41,81Kg/m<sup>2</sup> (31,22-52,79Kg/m<sup>2</sup>). Os resultados de pós-operatório, com base na perda do excesso de IMC, em 15 dias foram: 17,43% (8,45-36,29%); 16,21% (6,25-26,13%); 16,71% (4,25-41,33%), respectivamente para BPVL, FC e GVL. Em 1 mês, a perda do excesso de IMC foi de 30,94% (11,27-65,40%) no BPVL; 28,89% (14,30-49,19%) na FC e 26,47% (14,98-41,47%) na GVL. Após 3 meses, os resultados foram 49,59% (25,40-83,42%); 48,81% (28,60-74,28%) e 50,49% (24,84-104%) respectivamente para as técnicas supracitadas. Em 6 meses, a média da perda do excesso de peso foi de 69,45% (40,63-28,58%); 67,78% (40,94-102,48%) e 72,52% (34,95-128,8%), assim como em 12 meses foi de 79,89% (52,49-147,16%); 84,11% (51,53-116,76%) e 94,26% (56,91-141,68%) respectivamente para cada técnica. **Conclusão:** Todas as técnicas cirúrgicas são eficazes no que diz respeito à perda de peso, considerando a perda do excesso de IMC não houve diferença estatística entre as modalidades cirúrgicas, devendo a escolha ser individualizada.

**Palavras-chave:** Fobi Capella; Gastroplastia Vertical; By-pass.

E-mail do autor: lo\_barroso@yahoo.com.br

### 013 - GASTRECTOMIA VERTICAL: UMA ALTERNATIVA PARA TRATAMENTO DA OBESIDADE MÓRDIDA

Brito GHB<sup>1</sup>; Gomes NN<sup>2</sup>; Rezende RSP<sup>1</sup>; Machado ALG<sup>1</sup>; Rocha GA<sup>1</sup>; Mattos VP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FASEH, Vespasiano - MG - Brasil; <sup>2</sup>Faculdade Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Avaliar a importância da realização da gastrectomia vertical em pacientes com obesidade mórbida e seus resultados. O uso da técnica tem sido cada vez mais frequente, uma vez que já provou ser efetiva na perda de peso, com baixa morbimortalidade e bons resultados pós-operatórios. **Métodos:** Revisão sistemática de artigos científicos dos principais bancos de dados: PubMed, BVS e Medline, com as palavras-chave: gastrectomia, sleeve, cirurgia bariátrica, obesidade. **Resultados:** A obesidade é um problema de saúde pública com implicações socioeconômicas representativas e que têm proporções epidêmicas. Associada às diversas comorbidades, diminui a qualidade e a expectativa de vida desses pacientes. Observa-se no Brasil um crescimento da população obesa nos últimos 30 anos. O sleeve gástrico ou gastrectomia vertical é um procedimento restritivo que consiste na remoção da grande curvatura do estômago, iniciando a partir de 4 a 6 cm do piloro até o ângulo esofagogástrico, deixando o reservatório novo com formato tubular e alongado de volume entre 150 e 200 ml. É indicado para pacientes obesos, sendo muito eficaz para pacientes super obesos, ou seja, aqueles que possuem índice de massa corporal maior que 50 kg/m<sup>2</sup> e para os que se alimentam de grande quantidade de comida a cada refeição. É um procedimento simples, sem anastomoses e com risco menor de complicações quando comparado a outros procedimentos bariátricos mais demorados e mais complexos. No entanto, esse procedimento não está isento de complicações, sendo as principais: fistulas, refluxo gastroesofágico e hérnias. A principal causa de morte não esperada é a embolia pulmonar e a taxa de mortalidade operatória descrita na literatura variando entre 0,1 a 2%. Nutricionalmente pode ocorrer também alterações importantes como desnutrição e baixa absorção de vitamina B12. **Conclusões:** A obesidade pode ser considerada uma das doenças crônicas mais importantes que atinge indivíduos de todas as idades. Os resultados dos tratamentos cirúrgicos demonstram-se superiores na perda de peso em pacientes com obesidade moderada ou severa quando comparados aos resultados clínicos. A cirurgia bariátrica é opção de tratamento eficaz e segura para a perda de peso, aumentando a longevidade e a qualidade de vida desses pacientes. O sleeve, constitui um destes métodos, apresentando baixa morbimortalidade, bons resultados pós-operatórios e baixo índice de complicações.

**Palavras-chave:** Cirurgia Bariátrica; Gastrectomia Vertical; Obesidade.

E-mail do autor: gustavoh\_borges@hotmail.com

### 014 - DIVERTÍCULO TRAQUEAL: RELATO DE CASO

Brito GHB<sup>1</sup>; Santos TC<sup>1</sup>; Rosa DBM<sup>1</sup>; Almeida LMM<sup>1</sup>; Coelho IGV<sup>1</sup>; Lozada VAP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FASEH, Vespasiano - MG - Brasil.

**Objetivo:** O divertículo traqueal é uma patologia muito pouco frequente e sua prevalência em série de necropsias é de 1%. Pode ser congênito ou adquirido e se forma através de uma herniação da mucosa através de uma zona de fraqueza na musculatura da parede traqueal, entre os anéis traqueais. Localiza-se com mais frequência na região pósterolateral direita. O objetivo deste trabalho é descrever as características do divertículo traqueal com relato de caso de um paciente operado no Hospital da Santa Casa de Belo Horizonte. A descrição desse caso deve-se a raridade da presença de divertículos traqueais, caracterizada por uma ou várias invaginações da mucosa traqueal. **Métodos:** Trata-se de um relato de caso com uma revisão bibliográfica sobre o divertículo traqueal, sendo essa realizada por meio de pesquisa de artigo nas bases de dados Scielo, PubMed, UptoDate, utilizando os descritores divertículo traqueal, cisto tireoideano, diagnóstico, tratamento e bibliografia especializada. **Resultados:** Paciente submetido a uma proposta cirúrgica de tireoidectomia parcial. Foi realizada punção do nódulo e posteriormente sua dissecação próxima à parede da traquéia por meio de uma istmectomia. O tratamento foi a exérese de nódulo mucóide em íntimo contato com a traquéia e rafia de 3 fistulas paratraqueais que drenavam para o nódulo. Paciente evoluiu sem intercorrências e recebeu alta após seis dias. Posteriormente, o resultado do anatomopatológico evidenciou um cisto paratraqueal de parede com epitélio cilíndrico ciliado pseudo-estratificado. **Conclusão:** O divertículo traqueal é uma patologia que pode ser de dois tipos: adquirida ou congênita. Apresenta-se geralmente assintomático, o tratamento é clínico e em casos especiais submetidos a procedimento cirúrgico. O caso exposto apresenta vários indícios de ser um divertículo traqueal, apesar de não ser na localização habitual, porém existia secreção mucóide e anatomopatológico favorável, além do nódulo ter a comunicação com a luz traqueal. Diante da queixa de tosse persistente e infecções respiratórias de repetição, apesar de pouco prevalente, deve-se suspeitar de divertículo traqueal.

**Palavras-chave:** Divertículo Traqueal; Diagnóstico; Tratamento.

E-mail do autor: gustavoh\_borges@hotmail.com

### 015 - PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE COM ADERÊNCIA FIBROSA: UM RELATO DE CASO

Barbosa CA<sup>1</sup>; Falc LFI<sup>2</sup>; Silveira LA<sup>2</sup>; Braga LM<sup>2</sup>; Rodrigues HR<sup>2</sup>; Fonseca BMO<sup>2</sup>; Hofne LGr<sup>2</sup>; Rocha PFA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundação de Pesquisa e Ensino de Cirurgia - FUPEC, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP, Ouro Preto - MG - Brasil.

**Objetivo:** Descrever as aderências encapsulantes intestinais identificadas em laparotomia exploradora de paciente com abdome agudo e discutir as possíveis etiologias. **Métodos:** Realizou-se uma revisão da literatura em livros de anatomia humana e cirurgia e no banco de dados das plataformas Pubmed, Scielo e LILACS. **Resultados:** Mulher, 60 anos, com quadro de obstrução intestinal e vômitos por mais de 24 horas, apresentando dor abdominal na região mesogástrica do tipo cólica, recorrente, persistente, de forte intensidade, sem fatores de melhoras, além de empachamento e distensão abdominal. A paciente não apresentava histórico de cirurgia abdominal. Ao realizar a laparotomia exploradora, identificaram-se aderências que encapsulavam o intestino em três pontos. A biópsia dos fragmentos das formações capsulares demonstrou que, em um ponto, a análise histopatológica foi compatível a cápsula conjuntiva fibrosa espessa, diferenciando-se dos outros dois pontos, nos quais a microscopia apontou processo inflamatório crônico com fibrose de peritônio. Peritonite é a inflamação do peritônio em decorrência de fatores infecciosos ou não e caracteriza-se por permeabilidade exacerbada do peritônio, resultando em acúmulo de líquido peritoneal e de proteínas, bem como na migração de leucócitos para o sítio inflamatório. Aderências ou bridas são prolongamentos fibrosos que se desenvolvem entre as alças intestinais ou entre a parede abdominal e uma região de cicatriz de cirurgia prévia, inflamação peritoneal ou endometriose. Pode ser causa de estrangulamentos e obstruções intestinais e sua predominância em mulheres (75%) agrega inflamações de órgãos pélvicos, endometriose e cirurgias ginecológicas. A conversão de plasminogênio tecidual em plasmina que ocorre no peritônio confere-lhe uma atividade fibrinolítica, a qual é responsável por dissolver depósitos de fibrina em lesões, evitando a constituição de aderência fibrosa. O desequilíbrio entre a coagulação e a fibrinólise por diminuição da atividade fibrinolítica pode ser o promotor da formação de aderências peritoneais. **Conclusão:** Esse relato de caso despertou interesse na investigação do agente relacionado à sua gênese. Com suporte científico e clínico de publicações específicas na área em questão, é admissível a hipótese de uma infecção ginecológica prévia como causa da peritonite esclerosante encapsulante com aderência fibrosa.

**Palavras-chave:** Peritonite; Aderências; Obstrução Intestinal.

E-mail do autor: ligihv@gmail.com

### 016 - O PAPEL DA ULTRASSONOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA NA ABORDAGEM DE PATOLOGIAS HEPATO-BILIO-PANCREÁTICAS

Mattos VP<sup>1</sup>; Brito GHB<sup>1</sup>; Gomes NN<sup>2</sup>; Rezende RSP<sup>1</sup>; Machado ALG<sup>1</sup>; Rocha GA<sup>1</sup>; Mattos VP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FASEH, Vespasiano - MG - Brasil; <sup>2</sup>Faculdade Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Abordar o papel da ultrassonografia intraoperatória na determinação dos diferentes padrões anatómicos das vias biliares, e no estabelecimento da estratégia cirúrgica no contexto de patologias hepato-bílio-pancreáticas. Exposição de suas características e análise de sua utilização como ferramenta de auxílio médico. **Métodos:** Este trabalho constituiu-se na busca por artigos publicados em revistas indexadas por meio as bases de dados Pub-med e Scielo. Após as buscas, foram selecionados artigos que apresentavam os termos pesquisados no título e/ou resumo, que foram publicados nos últimos 10 anos e que se adequavam ao objetivo do trabalho. **Resultados:** Ultrassonografia intraoperatória é uma importante ferramenta no diagnóstico e tratamento cirúrgico de diversas lesões do trato hepato-bílio-pancreático. Trata-se de um método fácil e simples, que não altera a duração da intervenção, permite análises da patologia em tempo real, apresenta alta sensibilidade diagnóstica e, portanto, auxilia a equipe médica na tomada de decisões terapêuticas, diminuindo o risco de complicações e injúrias durante e após a realização do procedimento. **Conclusão:** Em virtude dos resultados apresentados pela ultrassonografia intraoperatória lesões do trato hepato-bílio-pancreático, sua abordagem em debates e palestras médicas se mostra de grande valor para a melhor abordagem propedêutica e terapêutica dessas lesões.

**Palavras-chave:** Ultrassonografia; Cirurgia Hepato-bilio-pancreática; Diagnóstico.

E-mail do autor: vicmattosmed@gmail.com

### 017 - HÉRNIA DE AMYAND COM APÊNDICE SEM ALTERAÇÕES

Alves NJ<sup>1</sup>; Girundi MG<sup>1</sup>; Neves FAC<sup>1</sup>; Guimaraes AM<sup>1</sup>; Sciavicco P<sup>1</sup>; Perez TVM<sup>1</sup>; Carneiro RS<sup>1</sup>; Simoes FCM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complexo Hospitalar São Francisco, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Introdução:** Hérnia de Amyand é a hérnia inguinal com o apêndice vermiforme como conteúdo. É considerada entidade rara. **Objetivo:** Relatar e discutir um caso de hérnia de Amyand com apêndice sem alterações. **Relato do caso:** Homem, 61 anos, apresentou região inguinal direita abaulada por várias vezes durante esforço físico, sendo encaminhado para o ambulatório de cirurgia geral com diagnóstico de hérnia inguinal direita. Ao exame físico, revelou abaulamento doloroso de região inguinal direita, sem sinais de estrangulamento ou encarceramento, compatível com hérnia inguinal direita. Os resultados dos exames laboratoriais foram normais. Realizada consulta cirúrgica depois da qual foi indicada herniorrafia inguinal eletiva. Na intervenção, verificou-se o apêndice vermiforme sem alterações dentro do saco herniário e aderido a este. Realizada a dissecação e redução do apêndice do saco herniário para a cavidade abdominal, e herniorrafia inguinal direita segundo a técnica de Lichtenstein com fixação de tela de polipropileno. **Discussão:** A presença do apêndice no saco herniário está em torno de 1% das hérnias inguinais e um apêndice inflamado é encontrado em apenas 0,13% dos casos. Esse tipo de hérnia é mais frequente em homens, e o diagnóstico pré-operatório é difícil. A suspeita de hérnia de Amyand deve estar presente naqueles pacientes com hérnia inguinal tensa e sem sinais de obstrução intestinal. A apendicectomia deverá ou não ser realizada junto ao reparo da hérnia, quando o cirurgião julgar necessário. **Conclusão:** A hérnia de Amyand é uma condição rara e frequentemente não diagnosticada antes da cirurgia, menos ainda a presença de apendicite aguda no saco herniário. Sendo assim, é necessário alto poder de suspeição e tratamento cirúrgico imediato para evitar complicações.

**Palavras-chave:** Hérnia de Amyand; Apêndice; Hernia Inguinal.

E-mail do autor: natalinhag@hotmail.com

### 018 - TUMOR DE FRANTZ: RELATO DE CASO

Ramos TL<sup>1</sup>; Neves FAC<sup>1</sup>; Cardoso RF<sup>1</sup>; Girundi MG<sup>1</sup>; Alves NJ<sup>1</sup>; Ordonez DS<sup>1</sup>; Alves PAPI<sup>1</sup>; Sciavicco P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complexo Hospitalar São Francisco, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Resumo:** O tumor de Frantz é uma neoplasia rara do pâncreas, que representa 0,1 a 2,7% de todos os tumores pancreáticos. Pouco mais de 300 casos foram relatados na literatura. Ocorre principalmente em pacientes jovens do sexo feminino e apresenta um bom prognóstico. A tomografia computadorizada tem papel importante para o diagnóstico. O tratamento clássico é a ressecção cirúrgica. Este é o relato de Tumor de Frantz, em paciente do sexo feminino cuja apresentação clínica foi de dor e massa abdominal palpável. A tomografia computadorizada (TC) evidenciou lesão expansiva na cabeça do pâncreas. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora com achado de lesão compatível com cisto pancreático. Realizado exeresse do cisto com cápsula e esvaziamento linfático regional. Anatomia patológica evidenciou carcinoma papilar sólido-cístico de pâncreas. A paciente encontra-se assintomática e sem evidências da doença 9 meses após a operação. O objetivo deste relato é mostrar um caso raro de Tumor de Frantz, discutindo os aspectos referentes ao diagnóstico, patologia, prognóstico e tratamento desta neoplasia.

**Palavras-chave:** Frantz's Tumor; Pâncreas; Neoplasia.

E-mail do autor: natalinhag@hotmail.com

### 019 - ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA: COMPLICAÇÃO RARA DE BALÃO INTRAGÁSTRICO TRATADA DE FORMA NÃO OPERATÓRIA

Girund MG<sup>1</sup>; Ordonez DS<sup>1</sup>; Almeida MRZ<sup>1</sup>; Fernandes CAS<sup>1</sup>; Ramos TL<sup>1</sup>; Faria APB<sup>1</sup>; Alves NJ<sup>1</sup>; Cabezas RG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complexo Hospitalar São Francisco, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivos:** Relatar e discutir um caso de paciente portadora de balão intragástrico que evoluiu com úlcera péptica perfurada. **Relato de Caso:** Paciente C. C. H. G, 27 anos, portadora de obesidade grau 1, submetida a colocação de balão intragástrico há 5 meses. Refere-se a perda de 12 kg e uso irregular de bloqueadores de bomba de próton. Há 48 horas iniciou com dor epigástrica intensa e vômitos não responsivos a medicação indicada. Submetida a retirada endoscópica do balão, quando visualizou-se grande úlcera gástrica em parede anterior. Não houve melhora satisfatória após 24 horas. TC de abdome mostrou grande pneumoperitônio. Optou-se pela drenagem nasogástrica e tratamento não-operatório com resolução do quadro. **Conclusão:** O balão intragástrico é um método sujeito a graves complicações apesar de parecer isento de riscos. O tratamento não operatório da úlcera péptica perfurada é plausível e factível com segurança em casos selecionados.

**Palavras-chave:** Balão Intragástrico; Úlcera Péptica Perfurada; Abdome Agudo.

E-mail do autor: davidsantiago15@hotmail.com

### 020 - REMISSÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEZOITO MESES APÓS GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO EM Y-DE-ROUX

Girundi MG<sup>1</sup>; Cabezas RG<sup>1</sup>; Almeida MRZ<sup>1</sup>; Ordonez DS<sup>1</sup>; Ramos TL<sup>1</sup>; Alves NJ<sup>1</sup>; Fernandes CAS<sup>1</sup>; Faria APB<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complexo Hospitalar São Francisco, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Resumo:** Nosso objetivo foi avaliar a eficácia da gastroplastia com derivação em Y-de-Roux, em pacientes obesos e portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), na melhoria do perfil glicêmico após 18 meses de seguimento. Realizamos a derivação gástrica em Y-de-Roux em 468 pacientes com IMC  $\geq 35$  e portadores de DM2, no período de 1998 a 2010. Todos os pacientes tiveram a análise do controle glicêmico feita no 3º, 6º, 9º, 12º e 18º mês de pós-operatório, baseando-se nos seguintes critérios: foram considerados diabéticos tipo 2, os portadores de glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dL e HbA1C  $\geq 6,5$  em duas dosagens. Pacientes com risco aumentado para o diabetes, os que apresentaram glicemia de jejum  $\geq 100$  a 125 mg/dL e HbA1C entre 5,7% e 6,4%. Pacientes com valores normais aqueles com HbA1C  $< 5,7\%$ . Observamos a remissão do DM2 em 410 (87,6%) após 18 meses da cirurgia, sendo essa diferença significativa com p-valor  $< 0,001$ . Permaneceram com critérios para a doença 48 pacientes (10,3%), e 10 pacientes (2,1%) permaneceram com o risco aumentado para DM2. Concluímos que a gastroplastia com derivação em Y-de-Roux foi efetiva na promoção e manutenção do controle glicêmico em longo prazo. Existem evidências de que a remissão do DM2 não está relacionada simplesmente à perda de peso e que outros mecanismos do eixo enteroinsular devem estar envolvidos.

**Palavras-chave:** Remissão do Diabetes Mellitus tipo 2; Cirurgia Bariátrica; Gastroplastia com Derivação em Y-de-Roux.

E-mail do autor: davidsantiago15@hotmail.com

### 021 - CASTLEMAN HIALINO-VASCULAR EM MESENTÉRIO: RELATO DE CASO

Alves PAPI<sup>1</sup>; Girundi MG<sup>1</sup>; Simoes FCM<sup>1</sup>; Faria APB<sup>1</sup>; Guimaraes AM<sup>1</sup>; Carneiro RS<sup>1</sup>; Fernandes CAS<sup>1</sup>; Silva PM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Introdução:** A Doença de Castleman é uma desordem linfoproliferativa benigna, acometendo mais frequentemente linfonodos mediastinais, mas raramente pode se apresentar em outros sítios, como a adenopatia mesentérica. **Objetivo:** Relatar e discutir um caso de doença de Castleman Hialino-Vascular em paciente com massa mesentérica pós Gastroplastia Redutora. **Método:** Paciente L. F. B. G., masculino, 24 anos, submetido a gastroplastia redutora com derivação em Y de Roux para tratamento da obesidade mórbida por videolaparoscopia há 18 meses. Emagreceu 50 kg e estava muito bem até há 30 dias quando iniciou com dor mesogástrica episódica intensa e inapetência. Reinternado em caráter de urgência, foi submetido a laparotomia exploradora, com achado de massa mesentérica subjacente à enteroanastomose. Realizou-se a biópsia da lesão para propedeutica adicional e laparorráfia. Houve boa evolução pós-operatória. A análise histopatológica e imunohistoquímica mostrou tratar-se de doença de Castleman Hialino Vascular. **Conclusão:** A Doença de Castleman, embora rara, deve ser lembrada em diagnósticos diferenciais de linfadenomegalias mesentéricas e seu tratamento pode incluir desde a ressecção cirúrgica até a utilização de quimioterápicos.

**Palavras-chave:** Castleman; Hialino; Vascular.

E-mail do autor: paulassispalves@hotmail.com



## 022 - RELATO DE CASO: MUCOCELE DE APÊNDICE

Perez TVM<sup>1</sup>; Girundi MG<sup>1</sup>; Neves FAC<sup>1</sup>; Simoes FCM<sup>1</sup>; Guimaraes AM<sup>1</sup>; Carneiro RS<sup>1</sup>; Fernandes CAS<sup>1</sup>; Faria APB<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complexo Hospitalar São Francisco, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivos:** Descrever e analisar um caso clínico de mucocele de apêndice. **Métodos:** Observação e acompanhamento do caso. Pesquisa informativa sobre o tema. **Caso Clínico:** Paciente FOL, 72anos, refere dor abdominal difusa com posterior localização em fossa ilíaca direita e que piora com à alimentação. Informa fezes diarréicas até mucosas. Início dos sintomas há três meses. Entre os principais antecedentes do paciente, câncer de próstata, aguardando tratamento cirúrgico e quimioterápico, e HAS. Ao exame físico paciente com dor abdominal à palpação profunda em fossa ilíaca direita. Sem massas. Resultados de tomografia: cistos renais bilaterais, mucocele de apêndice. Submetido a apendicectomia, sob anestesia geral, evoluindo favoravelmente e iniciando dieta após as 24 h pós-cirúrgicas, com boa tolerância e sem intercorrências. Recebe alta hospitalar no segundo DPO em boas condições, retornando para o controle no sétimo DPO. O resultado da anatomia patológica: mucocele simples de apêndice. **Resultados:** A patologia tumoral do apêndice apresenta baixa incidência e o grupo de mucocele alcança entre 0,2 a 0,4% de todas as apendicectomias e entre 8-10% de todos os tumores apendiculares. Mucocele descreve uma dilatação cística do lúmen apendicular por mucina. Existem 4 entidades classificadas como mucocele: mucocele simples com ectasia apendicular; hiperplasia; cistoadenoma mucinoso e cistoadenocarcinoma mucinoso. As primeiras benignas e a última maligna; é importante destacar que os casos de malignidade podem vir acompanhados de pseudomixoma peritoneal. O tratamento cirúrgico é a eleição. Se não estiver com sinais de malignidade ou complicado com ruptura e comprometimento da base, procede-se à apendicectomia com a precaução de evitar saída do conteúdo. A simples apendicectomia nos casos benignos têm um excelente prognóstico. Para os casos que sugerem malignidade, a hemicolectomia direita ou outra ressecção colônica com critério oncológico deve ser efetuada. **Conclusões:** O diagnóstico de mucocele do apêndice é geralmente um achado de exames de imagem, com uma clínica pouco específica e pode ser diagnosticada no intra-operatório em até 50% dos casos. O método de imagem de eleição é a tomografia. O tratamento é cirúrgico, sem uma técnica específica, com a recomendação de realizar uma exérese total do tumor junto com uma revisão da cavidade procurando anormalidades relacionadas, e finalmente se for necessário ampliar a cirurgia.

**Palavras-chave:** Mucocele de Apêndice; Tumores de Apêndice; Anormalidades de Apêndice.

E-mail do autor: telvianca@gmail.com

## 023 - GOSSIPIBOMA GÁSTRICO

Alves AS<sup>1</sup>; Silveira CR<sup>2</sup>; Lemos MA<sup>1</sup>; Barbosa LGC<sup>1</sup>; Furtado TA<sup>1</sup>; Corrêa DB<sup>1</sup>; Meira RC<sup>1</sup>; Morel IEA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FELUMA - Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>IPG FELUMA - Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Relatar caso de migração incomum de gossipiboma intra-abdominal para o interior da cavidade gástrica, 11 meses após colecistectomia complicada realizada em outro serviço. **Métodos:** Prontuário médico, Revisão da literatura e exames de imagem. **Resultados:** Trata-se de paciente do sexo masculino, 55 anos, submetido à colecistectomia laparoscópica há 11 meses em outro serviço, com necessidade de reabordagem cirúrgica após 3 dias para tentativa de correção a dano de via biliar. A reabordagem cirúrgica foi realizada por laparotomia subcostal direita com colocação de dreno. Nos últimos 3 meses evoluiu com sinais clínicos de obstrução gástrica: vômitos precoces alimentares, perda ponderal de 15Kg, pirose e dor epigástrica. Ressonância Magnética de Abdome evidenciou dilatação acentuada da câmara gástrica e duodeno com conteúdo de estase em seu interior e redução gradativa do calibre duodenal na transição entre a terceira e quarta porções duodenais. Endoscopia Digestiva Altaevidenciou compressa cirúrgica no interior do estômago causando obstrução pilórica. A compressa for tracionada para a cavidade gástrica com desobstrução do duodeno. Foi submetido a laparotomia exploradora neste serviço em abril de 2013, com realização de gastrotomia, retirada de gossipiboma (compressa cirúrgica) e gastrorrafia. Não foram visualizadas fistula ou ulcerações da parede gástrica durante o ato cirúrgico. Pós operatório sem intercorrências. **Conclusão:** De acordo com a literatura, a migração de corpos estranhos deixados na cavidade abdominal acontece, mais comumente, para a luz do intestino delgado e grosso, que apresentam parede mais delgada se comparada à do estômago, tratando-se, portanto, de apresentação infrequente. Cirurgias primárias complicadas constituem fator de risco para o esquecimento de corpos estranhos no interior da cavidade.

**Palavras-chave:** Gossipiboma; Corpo Estranho; Textiloma Intra-abdominal.

E-mail do autor: clararsilveira@hotmail.com

## 024 - TRATAMENTO CONSERVADOR DO PLASTRÃO APENDICULAR

Garcia DPC<sup>1</sup>; Silveira CR<sup>1</sup>; Oliveira CA<sup>1</sup>; Furtado TA<sup>1</sup>; Corrêa DB<sup>1</sup>; Meira RC<sup>1</sup>; Lemos Filho EP<sup>1</sup>; Barbosa LGC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPG FELUMA - Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Relato de caso de paciente com plastrão apendicular submetido a tratamento conservador e apendicectomia laparoscópica em segundo tempo (após 3 meses). **Métodos:** Revisão da literatura, consulta a prontuário médico e mídia. **Resultados:** V.R.C., 27 anos, sexo feminino, admitida em nosso serviço em janeiro de 2014 com quadro de dor em fossa ilíaca direita de início há 36 horas, hiporexia, fezes pastosas e febre. Ao exame físico apresentava massa palpável dolorosa em fossa ilíaca direita e hipogástrico, sem sinais de irritação peritoneal. Ultra Som de abdome evidenciou apêndice com paredes espessadas, distendido, associado a aumento da ecogenicidade da gordura adjacente. TC abdome evidenciou apendicolito e efeito de massa heterogênea na região ileocecal com densificação da gordura mesentérica no hipogastrio sugestivo de apendicitie complicada. Optado por tratamento conservador de plastrão apendicular com antibioticoterapia venosa, jejum e hidratação venosa. Paciente evoluiu com melhora clínica, laboratorial e tomográfica (redução e organização do processo inflamatório) recebendo alta no sétimo dia de internação hospitalar. Permaneceu assintomática em acompanhamento ambulatorial e TC de controle após 3 meses evidenciou apêndice de 10,5mm de diâmetro e resolução do processo inflamatório. Considerando apêndice cecal de 10,5mm, idade da paciente e presença de apendicolito foi optado por apendicectomia laparoscópica eletiva. No per-operatório foi evidenciado apêndice cecal de aspecto normal com aderências frouxas a tecidos peri-apendiculares. Paciente recebeu alta no primeiro DPO. **Conclusão:** O tratamento do plastrão apendicular ainda permanece controverso, sendo a abordagem cirúrgica e o tratamento conservador opções terapêuticas. O tratamento conservador possibilita abordagem não invasiva, mas possui critérios específicos para a sua indicação e acompanhamento. A apendicectomia em segundo tempo ainda é foco de discussão, sendo suas principais indicações: presença de fecalito visualizado em métodos de imagem, suspeita de neoplasia e história prévia de dor crônica em FID.

**Palavras-chave:** Plastrão Apendicular; Apendicite Complicada; Tratamento Conservador do Plastrão Apendicular.

E-mail do autor: clararsilveira@hotmail.com

### 025 - CONDUTA NO INCIDENTALOMA PANCREÁTICO - RELATO DE 2 CASOS

Furtado TA<sup>1</sup>; Silveira CR<sup>1</sup>; Corrêa DB<sup>1</sup>; Barbosa LGC<sup>1</sup>; Meira RC<sup>1</sup>; Viana JLCM<sup>1</sup>; Hubner PNV<sup>1</sup>; Lemos Filho EP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPG FELUMA - Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Relatar dois casos de incidentaloma pancreático submetidos a tratamento cirúrgico por enucleação do nódulo. **Métodos:** Revisão bibliográfica, análise de prontuário médico e exames de imagem. **Resultados:** Caso 1: MHS, 62 anos, em investigação de dor abdominal epigástrica realizou TC de abdome que identificou imagem cistiforme exofítica na margem anterior do corpo do pâncreas. Realizou biópsia da lesão por eco-endoscopia com resultado citológico de cistoadenoma-seroso e análise do líquido do cisto apresentava amilase de 42U/l e CEA de 3854ng/ml. Foi submetida a tratamento cirúrgico com enucleação do nódulo. O aspecto macroscópico era de benignidade. Recebeu alta no terceiro DPO, sem intercorrências. O resultado anátomo-patológico foi de neoplasia mucinosa com displasia de baixo grau e atipias mínimas. As margens cirúrgicas continham tecidos normais. Caso 2: CMFR, 44 anos, em investigação de nódulo em ovário esquerdo sugestivo de teratoma realizou TC de abdome que evidenciou formação cística em corpo de pâncreas. A citologia de biópsia por eco-endoscopia apresentou material positivo para células neoplásicas. Foi submetida a tratamento cirúrgico com enucleação do nódulo pancreático e anexectomia esquerda. Congelamento per-operatória inconclusiva. Recebeu alta no quinto DPO, sem intercorrências. O resultado da anatomia patológica e da imunohistoquímica do nódulo foi compatível com neoplasia pseudopapilar sólida de pâncreas. A anatomia patológica anexial foi de teratoma maduro cisto-dermóide. As cirurgias transcorreram sem intercorrências com boa evolução no pós-operatório. **Conclusão:** A conduta no incidentaloma pancreático ainda é controversa. Se indicado tratamento cirúrgico, a enucleação do nódulo constitui boa opção terapêutica, sendo indicada na maioria dos tumores benignos, podendo ser aplicada a alguns tumores malignos pequenos que não inadem o parênquima pancreático ou o ducto pancreático principal.

**Palavras-chave:** Incidentaloma Pancreático; Enucleação; Nódulo Pancreático.

E-mail do autor: clararsilveira@hotmail.com

### 026 - AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA DA SOBREVIDA DE 171 PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL APÓS SEGUIMENTO DE TRÊS ANOS

Figueiredo JA<sup>1</sup>; Silva IAG<sup>2</sup>; Campos FF<sup>2</sup>; Meyer MMMDE<sup>1</sup>; Barbosa SD<sup>3</sup>; Cunha Junior GF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>FASEH- Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano - MG - Brasil; <sup>3</sup>UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Introdução:** O câncer colorretal (CCR) é um tumor maligno frequente do aparelho digestivo e, no Brasil, representa a quarta causa de câncer. A sobrevida dos portadores de CCR é influenciada por uma série de variáveis, destacando-se o estadiamento tumoral. A principal modalidade terapêutica com perspectiva de cura é a cirúrgica. **Objetivo:** Avaliar a sobrevida, bem como a taxa de complicações anastomótica dos pacientes com CCR acompanhados entre janeiro de 2007 e janeiro de 2013. **Métodos:** Foi realizado um estudo descritivo – série de casos com 171 pacientes. A variável dependente foi o tempo de sobrevida do CCR e as independentes foram faixa etária, sexo, sítio anatômico do tumor, infiltração tumoral e metástase linfonodal. **Resultados:** A sobrevida global dos pacientes com CCR no pós-operatório em 12, 24 e 36 meses de acompanhamento, foi respectivamente: 83,21%, 76,56% e de 63,47%. A presença de acometimento linfonodal e o grau de infiltração tumoral representaram as variáveis relacionadas com pior prognóstico. Os sítios tumorais mais comuns foram o reto alto e sigmóide (43,75%), seguido do reto médio (18,75%) e reto baixo (18,75%). A deiscência anastomótica foi a complicação pós-operatória mais frequente (6,43%). **Conclusão:** A infiltração tumoral na parede intestinal e o número de linfonodos positivos influenciaram negativamente sobre o tempo de vida dos pacientes com CCR. A fístula compreendeu a principal complicação anastomótica pós-operatória.

**Palavras-chave:** Cirurgia Colorretal; Taxa de Sobrevida; Prognóstico.

E-mail do autor: maxirena2@yahoo.com.br

### 027 - CÂNCERES TRIPLOS DE CÉLULAS ESCAMOSAS DO ESÔFAGO: RELATO DE CASO

Batista AARC<sup>1</sup>; Petroianu A<sup>1</sup>; Machado ECM<sup>1</sup>; Ribeiro VS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Santa Casa BH, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Relatar caso de carcinomas espinocelulares sincrônicos triplos de esôfago. **Materiais e Métodos:** Relato de caso associado à revisão da literatura científica a partir de artigos publicados sobre o tema. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 43 anos, com disfagia progressiva, epigastralgia relacionada à ingestão alimentar. Endoscopia digestiva alta revelou três lesões nos terços superior, médio e inferior do esôfago, sendo a lesão inferior a de maior dimensão e estenosando a luz do órgão próximo à cárdia. O exame anatomopatológico estabeleceu o diagnóstico de carcinoma de células escamosas, pouco diferenciado, invasor de esôfago em todas as três lesões. Exames tomográficos da região cervical e abdome não revelaram metástases, entretanto tomografia de tórax evidenciou nódulo em base pulmonar esquerda, sugestiva de metástase e invasão de tecidos mediastinais em sua parte inferior ao esôfago. Seguindo protocolo do serviço de oncologia, confeccionou-se gastrostomia e o paciente foi submetido a tratamento quimioterápico e radioterápico. O paciente encontra-se em controle oncológico, alimentando-se por via oral por período superior a um ano. **Conclusão:** Estudos realizados sobre cânceres sincrônicos ou metacrônicos primários ainda são escassos e citam lesões em cavidade oral, faringe, laringe, brônquios, estômago e reto. Este é o primeiro caso publicado de câncer espinocelular sincrônicos triplos no esôfago.

**Palavras-chave:** Câncer Esôfago; Carcinoma Espinocelular Sincrônicos; CEC Esôfago.

E-mail do autor: anazogbi@gmail.com

### 028 - ABORDAGEM PRÉ-OPERATÓRIA DO PACIENTE COM MEGACÓLON TÓXICO, EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Rezende G<sup>1</sup>; Souza IKF<sup>1</sup>; Damasceno CB<sup>1</sup>; Fraga JDR<sup>1</sup>; Amaral JF<sup>1</sup>; Souza L<sup>1</sup>; Montezor MS<sup>1</sup>; Gomes RV<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto - MG - Brasil.

**Objetivo:** O megacólon tóxico (MT) é definido como uma distensão total ou segmentar não obstrutiva do cólon transverso, na presença de importante toxicidade sistêmica. Acomete cerca de 2% a 10 % dos pacientes com doença inflamatória grave, com uma taxa de mortalidade que atinge até 45 % dos casos. Pretendemos apresentar uma proposta de abordagem pré-operatória do paciente com Megacólon tóxico, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para a redução das taxas de mortalidade pós-operatória. **Metodologia:** Revisão não sistemática da literatura a partir das bases de dados: PUBMED, MEDLINE, CAPS, UPTODATE, BESTPRACTICE e MEDSCAPE, com ênfase em 16 artigos publicados entre 2003 e 2013. **Descritores:** “megacólon tóxico” e “toxic megacolon”. **Resultados:** As principais etiologias inflamatórias do MT são a Colite Ulcerativa (CU) e a Doença de Crohn, enquanto o Clostridium difficile aparece como principal agente infeccioso associado. Segundo Ferreira F et al. (2011), a perfuração é um fator de mau prognóstico, associada a uma taxa de mortalidade de 40% versus 2%-8% na sua ausência. A abordagem em UTI inclui: monitorização hemodinâmica e respiratória; correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos; corticoterapia venosa; imunossuppressores; suporte nutricional parenteral; antibioticoterapia de largo espectro; a terapia biológica (em casos selecionados), além de outros cuidados específicos como descompressão retal ou a aférese leucocitária (Sawada ET al, 2005). A antibioticoterapia de largo espectro, por exemplo, embora ainda questionável, continua sendo recomendada em quase todas as referências. O metronidazol e a piperacilina/tazobactam são frequentemente utilizados. Quando o agente etiológico for o Clostridium difficile, a Vancomicina é o antibiótico de escolha (Surawicz et al, 2013). **Conclusão:** O MT acomete uma porcentagem significativa de pacientes com doenças inflamatórias grave, apresentando uma taxa elevada de mortalidade, principalmente quando associado à retocolite ulcerativa grave. É fundamental o estabelecimento de diretrizes para a adequada abordagem desta complicação considerando, sobretudo, os cuidados pré-operatórios em UTI, que tem como principal objetivo, prevenir a perfuração espontânea do cólon e reduzir as taxas de mortalidade pós-operatórias.

**Palavras-chave:** Megacólon Tóxico; Pré-operatório; Perfuração Intestinal.

E-mail do autor: guilher\_merezende@yahoo.com.br

### 029 - HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA, UMA REVISÃO

Rezende RSP<sup>1</sup>; Machado ALG<sup>1</sup>; Brito GHB<sup>1</sup>; Gomes NN<sup>2</sup>; Rocha GA<sup>1</sup>; Mattos VP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FASEH, Vespasiano - MG - Brasil; <sup>2</sup>Faculdade Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Discutir sobre a hérnia diafragmática traumática, dando maior enfoque em etiologia e incidência, patogenia, diagnóstico e conduta a ser adotada. **Métodos:** Este trabalho constituiu-se na busca por artigos publicados em revistas indexadas entre janeiro/2000 e agosto/2014. Foram consultadas as bases de dados Pub-med, Scielo e Cochrane, tendo como palavras-chave os termos hérnia, hérnia diafragmática, hérnia diafragmática traumática, e seus correspondentes na língua inglesa –hernia, “hernia, diaphragmatic”, “hernia, diaphragmatic, traumatic”. **Resultados:** A Hérnia Diafragmática Traumática (HDT) tem sido descrita como uma morbidade em que estruturas situadas na cavidade abdominal seguem através do diafragma e chegam à cavidade torácica. As principais etiologias são os traumas contusos – com 75% de incidência– e em traumas penetrante – cerca de 13% a 19%; quanto a localização da lesão, mais de 70% dos casos se localizam do lado esquerdo e sua bilateralidade ocorre em 1,5%; a respeito dos órgãos abdominais mais frequentemente herniados, temos o estômago, o omento, os cólons e o fígado. A HDT pode ser classificada em fase aguda e as fases: intermediária e crônica. Sobre a mortalidade, chegou a variar de 7% a 17%, dependendo de fatores prognósticos. A patogenia da HDT ocorre devido a um aumento de cerca de dez vezes na pressão abdominal, que transmite subitamente a energia cinética para as cúpulas frênicas, podendo lesar qualquer porção diafragmática – sendo a área póstero-lateral esquerda do diafragma mais comum. O diagnóstico é ainda difícil de ser realizado, por apresentar sinais clínicos pouco sensíveis e específicos. A suspeita de presença de HDT deve ocorrer em pacientes traumatizados com ausência de murmúrio vesicular no tórax, presença de ruídos hidroaéreos, timpanismo ou submaciez à percussão, dor torácica, desconforto ou dor abdominal, entre diversos outros. O tratamento pode ser realizado cirurgicamente com sutura do diafragma; em todos os casos de lesão diafragmática, a drenagem pleural deve ser realizada no período intra-operatório antes do fechamento diafragmático definitivo. **Conclusões:** A hérnia diafragmática traumática ainda é um desafio diagnóstico por não ter uma clínica evidente e tem que se levar em conta a possibilidade de ter HDT em pacientes politraumatizados, principalmente aqueles com traumatismo tóracoabdominal para reduzir as taxas de mortalidade. O tratamento vai depender do tempo decorrido bem como a localização da lesão.

**Palavras-chave:** Hérnia Diafragmática; Hérnia Diafragmática Traumática; Hérnia.

E-mail do autor: romulo.crng@gmail.com

### 030 - CIRURGIA PARA CONTROLE DO DANO, O ESTADO ATUAL

Rezende RSP<sup>1</sup>; Machado ALG<sup>1</sup>; Brito GHB<sup>1</sup>; Gomes NN<sup>2</sup>; Rocha GA<sup>1</sup>; Mattos VP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FASEH, Vespasiano - MG - Brasil; <sup>2</sup>Faculdade Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivos:** Uma revisão sobre a cirurgia para controle do dano - uma abordagem cirúrgica que se mostra bem sucedida em pacientes traumatizados. Avaliar indicações para realização da cirurgia, as etapas de realização, as vantagens e desvantagens da mesma e taxas de mortalidade advindas dessa cirurgia. **Métodos:** Este trabalho constituiu-se na busca por artigos publicados em revistas indexadas entre janeiro/1990e agosto/2014. Foram consultadas as bases de dados Pub-med, Scielo e Cochrane, tendo como palavras-chave os termos controle, cirurgia, traumatismo múltiplo, ferimentos e lesões, e seus correspondentes na língua inglesa – control, surgery, multiple trauma, woundsand injuries. **Resultados:** A cirurgia para controle do dano consiste em manobras que visam a sobrevivência do paciente, ocorrendo interrupção da operação antes que se atinja um choque hemorrágico irreversível. As indicações consistem em: condições - de trauma abdominal fechado de alta energia, múltiplas lesões abdominais penetrantes, instabilidade hemodinâmica e presença de coagulopatia e/ou hipotermia; complexidade; fatores críticos. A operação é realizada em três etapas – etapa zero (controle do dano), fase I(laparotomia inicial), fase II(recuperação na unidade de terapia intensiva) e a fase III reoperação programada ou reconstrução definitiva. As vantagens incluem um tempo maior para estabilização fisiológica normal antes de uma cirurgia definitiva com consequente aumento das taxas de sobrevivida, enquanto as desvantagens incluem riscos de abscesso intra-abdominal, infecção de ferida operatória, diescência, síndrome compartimental abdominal, fístula enterocutânea e falência de múltiplos órgãos do sistema. As taxas de mortalidade são altas e variam de acordo com a indicação cirúrgica realizada, sendo que quanto antes a laparotomia for abreviada e os parâmetros fisiológicos forem recuperados, melhor o prognóstico Apresentou taxa de mortalidade de 79,49%. **Conclusões:** A cirurgia para controle de dano é uma cirurgia realizada para aumentar a taxa de sobrevivida de pacientes traumatizados, apesar de alta taxa de mortalidade. O tratamento adequado leva em conta o risco-benefício do procedimento, realizado pelo cirurgião. Além disso, o tempo certo para início da cirurgia e as indicações dessa devem ser utilizadas como base para redução a taxa de mortalidade do paciente. Por fim, a cirurgia para controle de dano tem se provada clinicamente uma abordagem de sucesso para pacientes gravemente traumatizados.

**Palavras-chave:** Cirurgia; Traumatismo Múltiplo; Controle.

E-mail do autor: romulo.crng@gmail.com

### 031 - ABSCESSO ESPLÊNICO, UMA MUDANÇA NO PADRÃO CLÁSSICO

Rezende RSP<sup>1</sup>; Machado ALG<sup>1</sup>; Brito GHB<sup>1</sup>; Gomes NN<sup>2</sup>; Mattos VP<sup>1</sup>; Rocha GA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FASEH, Vespasiano - MG - Brasil; <sup>2</sup>Faculdade Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Apesar de o abscesso esplênico ter sido relatado como uma patologia incomum, o número de casos publicados tem aumentado nos últimos anos. Esse estudo tem como objetivo uma atualização e uma revisão bibliográfica, ressaltando a importância clínica da doença. **Métodos:** Este trabalho constituiu-se na busca por artigos publicados em revistas indexadas entre janeiro/1990 e setembro/2014. Foram consultadas as bases de dados Pub-med, Scielo e Cochrane, tendo como palavras-chave os termos, cirurgia, abscesso, baço e seus correspondentes na língua inglesa – surgery, abscess, spleen. **Resultados:** O abscesso esplênico é uma patologia incomum, com estudos em autopsias apontando sua incidência de 0,14% a 0,7%. As causas mais comuns são relacionadas às neoplasias, imunodeficiência, infecções como a tuberculose e transplantes. Um aumento em sua incidência tem sido visto devido à síndrome da imunodeficiência adquirida. O abscesso esplênico é um problema cirúrgico potencialmente grave, que, sem tratamento adequado, está associado a uma alta mortalidade – com relato de 12,4%. As complicações, em casos não tratados, se relacionam com ruptura na cavidade peritoneal com peritonite, ou erosão através do diafragma e rompimento na cavidade pleural ou mesmo do intestino, tornando o prognóstico do paciente pior. O conhecimento da anatomia, o planejamento pré-operatório cuidadoso, a exposição ideal e a atenção aos detalhes da técnica são necessários para reduzir a incidência de complicações iatrogênicas. Para tratamento ainda é preconizado a esplenectomia total associada a uma antibioticoterapia adequada. Alguns estudos mais recentes relatam métodos como esplenectomia laparoscópica e drenagem percutânea – uso em apenas pacientes selecionados – que, pela literatura relatada, tem sido apontado como um método menos invasivo e útil em alguns casos. **Conclusões:** Alguns autores defendem a mudança no padrão clássico, hematogênica do abscesso, para abscesso decorrente de uma imunodepressão do paciente, seja por SIDA, por infecção prévia (como tuberculose) ou por transplante. Não se tem ainda um padrão para o melhor tratamento para o abscesso esplênico, mas, afim de redução da taxa de mortalidade e morbidade, deve-se realizar um diagnóstico precoce, um tratamento individualizado e maior experiência em métodos como a drenagem percutânea.

**Palavras-chave:** Abscesso; Baço; Cirurgia.

E-mail do autor: romulo.crng@gmail.com

### 032 - HÉRNIA DA PAREDE ABDOMINAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Rezende RSP<sup>1</sup>; Machado ALG<sup>1</sup>; Brito GHB<sup>1</sup>; Gomes NN<sup>2</sup>; Rocha GA<sup>1</sup>; Mattos VP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FASEH, Vespasiano - MG - Brasil; <sup>2</sup>Faculdade Ciências Médicas, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** Discutir sobre a hérnia traumática da parede abdominal tendo base uma revisão de artigos e casos clínicos publicados, dando devido enfoque a importância de tentar um diagnóstico precoce em uma entidade clínica rara. **Métodos:** Este trabalho constituiu-se na busca por artigos publicados em revistas indexadas entre janeiro/1990 e agosto/2014. Foram consultadas as bases de dados Pub-med, Scielo e Cochrane, tendo como palavras-chave os termos, cirurgia, hérnia, hérnia abdominal, traumatologia e seus correspondentes na língua inglesa – surgery, hernia, “hernia, abdominal”, traumatology. **Resultados:** A hérnia traumática da parede abdominal (HTPA) é uma hérniação através de um rompimento da musculatura e fâscia da região abdominal, associado a um trauma adequado prévio, sem perfuração da pele e nenhuma evidência de histórico de uma hérnia no local da lesão. A HTPA é tida como uma lesão rara com menos de 100 relatos na literatura inglesa, enquanto se mostra mais comum em crianças – pela maior fragilidade da parede parietal e maior elasticidade da pele. A maioria dos casos relatados se apresenta com história prévia de acidente de carro em alta velocidade, uso de cinto de segurança ou lesões com barras - acidentes de menor porte podem estar presentes, como um relato por queda de carro de boi. A hérniação é vista em pontos anatômicos fragilizados e não necessariamente no local do trauma, ocorrendo, geralmente, na parte lateral do reto no abdome inferior ou na região inguinal. A maioria dos autores sugere uma laparotomia imediata com reparo do defeito, devido à alta incidência de lesão intra-abdominal, dando preferência às incisões diretas no defeito e uso de malhas de reparação em paredes abdominais fracas. O diagnóstico deve ser pensado em pacientes com dilatação da parede parietal e pode ser confirmado com base na história pregressa, com a clínica e com um método de imagem – a tomografia computadorizada foi relatada como o melhor. **Conclusões:** Apesar de pouco relatada, a HTPA deve ser suspeitada em pacientes com dilatação da parede abdominal após trauma contuso localizado. Exames de imagem podem auxiliar no diagnóstico e relatar possíveis lesões intra-abdominais associadas. A intervenção cirúrgica prévia é de suma importância para evitar complicações e foi defendida por muitos autores.

**Palavras-chave:** Parede Abdominal; Hérnia Abdominal; Traumatologia.

E-mail do autor: romulo.crng@gmail.com

### 033 - HERNIA DE GARENGEOT

Leão RG<sup>1</sup>; Aguiar PA<sup>1</sup>; Maia RP<sup>1</sup>; Peixoto MTR<sup>1</sup>; Calazans LC<sup>1</sup>; Hubner CS<sup>1</sup>; Valerio RC<sup>1</sup>; Radd DAF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Life Center, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**INTRODUÇÃO:** A hérnia De Garegeot é um subtipo raro de hérnia femoral encarcerada, contendo em seu interior apêndice cecal em vigência de processo inflamatório. Acomete principalmente pacientes do sexo feminino. **OBJETIVO:** Relatar o caso do paciente M.S.P., feminino, 74 anos, admitida no Pronto Socorro queixando dor abdominal difusa do tipo cólica e principalmente em região inguinal direita, associado a náuseas sem vômitos. Ao exame físico encontrava-se desidratada e hipocorada, apresentava tumefação volumosa em região inguinofemoral, irreductível e dolorosa. Ultrassom de parede abdominal evidenciou hérnia inguinal direita contendo alça intestinal com sinais de sofrimento e, densificação de gordura adjacente. Submetida a inguinotomia, sendo identificado presença de hérnia femoral encarcerada contendo em seu interior apêndice cecal já em processo de apendicite aguda com sinais claros de isquemia. Devido a dificuldade técnica da visualização da base apendicular e ceco, optado por acessar a cavidade abdominal pela região inguinal, seccionando a fâscia transversalis, realizada apendicectomia e herniorrafia femoral, procedimento sem intercorrências. A paciente evoluiu bem no pós-operatório imediato e tardio tendo alta hospitalar no terceiro dia de pós-operatório. **CONCLUSÃO:** É de suma importância aos cirurgiões o conhecimento dessa patologia e que pode também por vezes se apresentar em pacientes do sexo masculino. Para que não se surpreendam durante o ato cirúrgico e estejam preparados para tomar a melhor conduta. Mesmo sendo a Hérnia De Garegeot de rara incidência e de acometimento principalmente pacientes idosos do sexo feminino.

**Palavras-chave:** Hérnia de Garegeot.

E-mail do autor: rafaelgleao@hotmail.com

### 034 - FÍSTULA PANCREATO-HEPÁTICA: RELATO DE CASO

Martins TSA<sup>1</sup>; Campos MSP<sup>1</sup>; Marques VMA<sup>1</sup>; Carvalho RJV<sup>1</sup>; Oliveira HM<sup>1</sup>; Teixeira Junior FR<sup>1</sup>; Zaidan MC<sup>1</sup>; Carreiro PRL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Unimed-BH, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** A fístula pancreática, embora rara, é uma complicação possível da pancreatite crônica, podendo ocorrer em diversos sítios: veia porta, pericárdio, estômago, pleura, dentre outros. Complicações graves podem se originar dependendo do local da fístula. Este trabalho tem por objetivo relatar um caso raro de fístula entre o pâncreas e o fígado e demonstrar o tratamento efetivo adotado, bem como realizar uma revisão da literatura sobre o tema. **Métodos:** Foi realizado o acompanhamento de paciente acometido de fístula pancreato-hepática internado no Hospital Unimed-Belo Horizonte. Também se executou revisão da literatura através de artigos buscados no PUBMED a partir dos descritores: pancreatite, fístula pancreática, complicações da pancreatite. **Resultados:** Paciente 35 anos, masculino, etilista, usuário de cocaína e portador de pancreatite crônica, admitido no PA em 11/04/2014 com dor abdominal em faixa, hiporexia, perda ponderal. Sem relato de picos febris. Mantida dor abdominal, necessitando de opióide fixo, hiporexia e intolerância à dieta por via oral e enteral. Sorologias para Hep B, C, HIV negativas. CEA, CA19-9 sem alterações. TC abdome: nódulos em fígado e suspeita de carcinomatose peritoneal. EDA: compressão extrínseca na 2ª porção duodenal. RNM: Aspecto de pancreatite crônica. Coleções periesplênicas e subfrênicas. Dilatação irregular do ducto de Wirsung comunicação com coleção hepática. Iniciou-se antibioticoterapia e foi realizada drenagem guiada por US da coleção hepática (40mL de líquido seroso) e posicionado dreno de PIGTAIL. Paciente manteve sintomas e iniciou nutrição parenteral total. CPRE (01/05): Ducto pancreático pouco sinuoso e dilatado (5-6mm) e com comunicação na cauda com o pseudocisto pancreático. Realizada papilotomia, drenagem pancreática e biliar com posicionamento de prótese. Paciente evoluiu com melhora significativa da dor abdominal e passou a tolerar bem a dieta por via oral. US abdominal (04/05): Controle da fístula com boa resposta da coleção intra-hepática. Persistência das coleções periesplênicas/peripancreáticas com organização. Suspensão antibioticoterapia em 05/05. 07/05: Retirada do dreno Pigtail. Paciente com manteve boa evolução. Em 15/05 retirada da prótese pancreática. **Conclusões:** A utilização de CPRE com posicionamento de prótese pancreática no tratamento de fístula pancreato-hepática foi efetiva no caso descrito acima. Contudo, para afirmar que esse deve ser o tratamento de escolha, mais estudos são necessários.

**Palavras-chave:** Pancreatite; Fístula Pancreática; Complicações da Pancreatite.

E-mail do autor: thiagosmartins@gmail.com

### 035 - HERNIA DE MORGAGNI – RELATO DE CASO

Fernandes FPT<sup>1</sup>; Miranda ML<sup>2</sup>; Moura MFS<sup>3</sup>; Silveira WM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UFOP / Hospital Marcio Cunha, Ipatinga - MG - Brasil; <sup>2</sup>Hospital Marcio Cunha, Ipatinga - MG - Brasil; <sup>3</sup>UFOP/Hospital Marcio Cunha, Ipatinga - MG - Brasil.

**Resumo:** A Hernia de Morgagni é um tipo raro de hérnia diafragmática. Consiste na protrusão para o tórax de conteúdo abdominal, através do trigono esternocostal. Apresentamos relato de caso de uma paciente do sexo feminino, 52 anos, com queixa de dispnéia e dor torácica. Através de propedêutica de imagem, identificou-se a passagem de pequeno conteúdo abdominal pelo forame de Morgagni. Realizamos uma revisão concisa e apresentação clínica da doença, com suas principais formas de tratamento.

**Palavras-chave:** Hernia Diafragmática; Morgagni; Forame.

E-mail do autor: drfabs2002@yahoo.com.br

### 036 - INCISÃO TRANSEMBILICAL NA HÉRNIA UMBILICAL EM ADULTOS

Laizo A<sup>1</sup>; Fernandes Júnior IO<sup>1</sup>; Pereira MSV<sup>1</sup>; Maciel BAR<sup>1</sup>; Santos GKC<sup>1</sup>; Terzella MR<sup>1</sup>; Rinco EAB<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Presidente Antônio Carlos - UNIPAC JF, Juiz DE Fora - MG - Brasil.

**Introdução:** Existem várias técnicas para reparo da hérnia umbilical, como nas hérnias infantis com incisão infraumbilical e em adultos com incisão infraumbilical e lateral, porém com desenvolvimento de uma cicatriz de má aparência. Desde 1969, Correz propôs a técnica de incisão transumbilical para correção da hérnia com melhor aspecto final. **Objetivo:** descrever a técnica de correção da hérnia umbilical através de incisão transumbilical. **Materiais e métodos:** Foram operados 139 pacientes portadores de hérnia umbilical no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013. Na técnica operatória utilizou-se a incisão transumbilical com dissecação do saco herniário e redução do conteúdo da hérnia. Realizou-se então dissecação da borda da aponeurose do músculo reto abdominal para identificação e tratamento do anel herniário com pontos invertidos, utilizando-se náilon 0 com agulha. Sobre essa sutura foi ainda realizada plicatura do reto abdominal com pontos em x com o mesmo fio. Após a hemostasia, foi realizada a síntese de pele utilizando-se náilon 3-0 com agulha e inversão da cicatriz umbilical com fixação da pele na sutura da aponeurose. Os pacientes operados não apresentaram recidivas no período de avaliação. **Resultados:** Os pacientes apresentaram cicatriz da cirurgia dentro da cicatriz umbilical, confundindo-se assim com as pregas do umbigo, com muito bom aspecto final. **Conclusão:** a técnica da incisão transumbilical apresenta excelente resultado pós-operatório.

**Palavras-chave:** Hérnia umbilical; Incisão Transumbilical; Recidiva.

E-mail do autor: alaizo@oi.com.br

### 037 - UTILIZAÇÃO DO ENXERTO AUTÓGENO DE SACO HERNIÁRIO NA CORREÇÃO CIRÚRGICA DA HÉRNIA INGUINAL

Laizo A<sup>1</sup>; Terzella MR<sup>1</sup>; Rinco EAB<sup>1</sup>; Pereira MSV<sup>1</sup>; Maciel BAR<sup>1</sup>; Fernandes Júnior IO<sup>1</sup>; Santos GKC<sup>1</sup>; Kubrusly CHC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Presidente Antônio Carlos - Unipac JF, Juiz de Fora - MG - Brasil.

**Resumo:** A busca pela melhor técnica de correção da hérnia inguinal é sempre um motivo de preocupação entre os cirurgiões devido às complicações e recidivas. **Objetivo:** Demonstrar a utilização do saco herniário na correção das hérnias inguinais como alternativa eficaz, livre de rejeição e com baixo índice de recidiva. **Casuística e método:** Foram realizadas 383 operações em 363 pacientes entre 2003 e 2013 com a utilização do saco herniário no reforço do triângulo inguinal na correção das hérnias inguinais. **Resultados:** Sete (1,82%) pacientes apresentaram recidiva. Entre as complicações, três (0,78%) pacientes apresentaram seroma local pós-operatório, três (0,78%) pacientes apresentaram parestesia e um (0,26%) paciente apresentou hematoma. A literatura mundial demonstra ainda um alto índice de dor crônica, inguinodínia, próximo de 45% em alguns casos o que não foi encontrado neste estudo talvez por não se usar tela artificial. **Conclusão:** O saco herniário é um tecido autógeno, livre de rejeição e pode ser utilizado na correção das hérnias inguinais.

**Palavras-chave:** Saco Herniário; Hérnia Inguinal; Recidiva.

E-mail do autor: alaizo@oi.com.br

### 038 - CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL COM DUPLO REFORÇO DA PAREDE - RELATO DE CASO

Laizo A<sup>1</sup>; Kubrusly CHC<sup>1</sup>; Terzella MR<sup>1</sup>; Rinco EAB<sup>1</sup>; Olsen PHC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Presidente Antônio Carlos - Unipac JF, Juiz de Fora - MG - Brasil

**Resumo:** As hérnias incisionais (HI) são uma das complicações mais frequentes das cirurgias abdominais, ocorrendo em cerca de 2% a 20% das laparotomias. As HI surgem, geralmente, nos primeiros 5 anos após a operação. Suas possíveis causas incluem: infecções; sutura inadequada; tecido aponeurótico fraco; e aumento da pressão intra-abdominal. **Objetivo:** Relatar o caso da paciente operada de hérnia incisional com utilização concomitante de tela de polipropileno e saco herniário. **Relato de Caso:** T.J.M.A., 79 anos, branca, do lar, deu entrada no hospital com hérnia incisional volumosa, em incisão de Pfannestiel, com grande quantidade de alças intestinais encarceradas. Relata cirurgia anterior de histerectomia há dois anos. Realizou exames laboratoriais e risco cardiológico prévios à cirurgia. Durante ato operatório foi realizado incisão sobre a cicatriz anterior e a identificação do saco herniário. Realizou-se então a dissecação desse e evidenciou-se aderência de alças no tecido. Após lise das aderências pôde-se isolar o saco. Fez-se o fechamento do peritônio na linha mediana com aproximação do reto abdominal. Optou-se por colocar tela polipropileno (8 x 12 cm) sobre o músculo reto, com fixação com náilon 3-0 em pontos separados afim de evitar a tensão. Por cima dessa tela foi fixado o retalho do saco herniário, suturando-o nas bordas da aponeurose do reto abdominal. Foi feita a hemostasia e síntese. **Discussão:** Vários estudos são realizados na busca pela melhor técnica operatória. O uso de próteses para correção da parede abdominal vem sendo utilizado desde o início do século 20. A tela de polipropileno é a mais utilizada na atualidade devido à baixa incidência de rejeição, infecção e extrusão. A utilização do saco herniário na correção das hérnias abdominais vem sendo desenvolvida por Lázaro da Silva desde 1971 e Laizo desde 2003. No presente estudo utilizou-se a tela de polipropileno sobre a musculatura do reto abdominal, sobreposição do saco herniário a essa tela e fechamento da aponeurose do músculo reto abdominal sobre o saco herniário. **Conclusão:** O reforço da parede com a tela sintética e o enxerto autógeno de saco herniário é uma alternativa na correção da hérnia incisional de grande porte.

**Palavras-chave:** Hérnia Incisional; Tela de Polipropileno; Saco Herniário

E-mail do autor: alaizo@oi.com.br

### 039 - VOLVO DE SIGMÓIDE

Ramos TL<sup>1</sup>; Girundi MG<sup>1</sup>; Sciavicco P<sup>1</sup>; Cardoso RF<sup>1</sup>; Ordóñez DS<sup>1</sup>; Alves PAP<sup>1</sup>; Alves NJ<sup>1</sup>; Simões FCM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG - Brasil

**Introdução:** O volvo de sigmóide é a rotação do intestino em torno do seu mesentério, mais comum em homens, idosos, acamados e pessoas com alguma doença mental. **Objetivo:** Relatar e discutir o caso de obstrução intestinal por volvo de sigmóide em pacientes com parada de eliminação de gases e fezes. **Método:** Paciente masculino, 56 anos, com queixa de parada de eliminação de gases e fezes, distensão abdominal, dor abdominal difusa e aguda associada a vômitos. Sem outras comorbidades. Submetido laparotomia exploradora com achado de volvo de sigmóide de importante dilatação, mas sem sinal de sofrimento. O Anatomopatológico diagnosticou dilatação de segmento colônico e alterações descretas e inespecíficas e pólipos colônicos hiperplásicos. No pós-operatório evoluiu bem, recebendo alta no quarto dia após a cirurgia. No momento está em acompanhamento ambulatorial de pré-operatório para fechar a colostomia. **Conclusão:** O volvo de sigmóide é uma causa de abdome agudo, por tanto, condutas rápidas podem diminuir a morbi-mortalidade.

**Palavras-chave:** Volvo; Sigmóide; Obstrução.

E-mail do autor: paolo.sciavicco@gmail.com

#### 040 - DISSECÇÃO ESPONTÂNEA DE TRONCO CELÍACO ASSOCIADA À TROMBOSE DE ARTÉRIA HEPÁTICA COMUM - RELATO DE CASO

Marques VMA<sup>1</sup>; Heleodoro GB<sup>1</sup>; Carreiro PRL<sup>1</sup>; Zaidan MC<sup>1</sup>; Carvalho RJV<sup>1</sup>; Martins TSA<sup>1</sup>; Teixeira FRJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Unimed-BH, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Relatar caso de dissecação de tronco celíaco com trombose da artéria hepática de tratamento conservador em Belo Horizonte – MG. **Método:** Relato de caso de paciente do Hospital da Unimed Belo Horizonte e revisão da literatura nas bases de dados SciELO, PubMed e MEDLINE, com palavras-chave: “tronco celíaco”; “dissecação espontânea”; “trombose”; “artéria hepática comum”. **Resultados:** Paciente masculino, 42 anos, procedente de Belo Horizonte, com relato de epigastralgia tipo pontada, intermitente, com uma semana de evolução, irradiando para hipocôndrio direito, associado a pico febril. Não manifestava icterícia ou visceromegalias. A ressonância nuclear magnética de abdome superior mostrou áreas de hipocaptação em ambos os lobos hepáticos, sugerindo abscessos. Foi encaminhado ao Hospital da Unimed Belo Horizonte, com quadro de dor leve em hipocôndrio direito e bom estado geral. A tomografia computadorizada de abdome total (TCAT) mostrou dissecação de tronco celíaco com trombose da artéria hepática associada a infartos hepáticos bilobares, com sinais de recanalização intrahepática dos ramos arteriais. Paciente seguiu com medicações sintomáticas, recebendo alta após uma semana. Após três meses de acompanhamento ambulatorial, TCAT manteve padrão anterior, com maior número de recanalizações intrahepáticas, sem sinais de abscesso ou bilioma intrahepático. A dissecação do tronco celíaco é um evento raro. Mais comum em homens com idade média de 55 anos, seu quadro clínico é dor abdominal aguda e difusa, associa-se à hipertensão arterial sistêmica, aterosclerose e degeneração da parede arterial. O diagnóstico é através de TCAT com presença de falso lúmen, fator obstrutivo, diminuição de irrigação dos ramos distais com ou sem áreas de isquemia. O tratamento é individualizado, podendo ser conduzido de modo conservador, abordagem endovascular ou via cirúrgica aberta, para revascularização de órgãos acometidos. Atualmente, a primeira escolha na condução da dissecação espontânea é pela conduta conservadora. **Conclusão:** Dissecação de tronco celíaco assintomática não complicada pode ser tratada conservadoramente com monitorização através de exames de imagem e avaliação do paciente. O tratamento cirúrgico ou endovascular está indicado se dilatação aneurismática com crescimento progressivo ou em casos de ruptura ou infarto importante do trato digestivo. A maioria dos autores concorda com tratamento conservador e estabelece segurança para seguimento ambulatorial nestes casos.

**Palavras-chave:** Tronco Celíaco; Dissecação Espontânea; Artéria Hepática Comum

E-mail do autor: vanessa00maria@hotmail.com

#### 041 - RUPTURA TARDIA DE HEMATOMA SUBCAPSULAR ESPLÊNICO EM PACIENTE POLITRAUMATIZADO COM LESÕES ASSOCIADAS – RELATO DE CASO

Alves EM<sup>1</sup>; Antonacci Júnior E<sup>2</sup>; Barbosa RS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIPAM, Patos de Minas - MG - Brasil; <sup>2</sup>HNSF, Patos de Minas - MG - Brasil

**Resumo:** O trauma esplênico é uma condição frequente e sua abordagem tem sofrido grandes avanços nos últimos anos. A preferência pelo tratamento não operatório demonstra aumento na sobrevida dos pacientes, no entanto, deve-se mantê-lo sob observação rigorosa devido aos riscos de complicações. Dentre eles o mais temido é o sangramento que pode evoluir rapidamente para choque e óbito. Na maior parte dos casos as complicações ocorrem nas primeiras 24 horas, sendo que raramente incidem após o décimo dia de internação. Este trabalho relata um caso raro de ruptura tardia de hematoma subcapsular esplênico em um paciente politraumatizado com lesões associadas. Paciente do sexo masculino, 54 anos, vítima de acidente de alto impacto apresentou lesões generalizadas em tórax e abdome. Dentre elas, hematoma esplênico subcapsular na região superior medindo 2,6 cm de diâmetro que estava sendo tratado de forma conservadora. Após 21 dias de evolução houve ruptura do hematoma subcapsular com choque hipovolêmico, sendo encaminhado ao bloco cirúrgico e submetido à esplenectomia total. O paciente apresentou evolução clínica favorável. Assim, considera-se necessário acompanhamento rigoroso mesmo após alta hospitalar de pacientes com hematomas subcapsular esplênicos, além de recomendações rigorosas quanto aos cuidados e observação domiciliar.

**Palavras-chave:** Traumatismos Abdominais; Ruptura Esplênica; Baço.

E-mail do autor: jrelcio@hotmail.com

#### 042 - GANGLIONEUROMA RETROPERITONEAL SIMULANDO NEOPLASIA CÍSTICA DA CABEÇA DO PÂNCREAS – RELATO DE CASO

Barros TS<sup>1</sup>; Vidigal FM<sup>2</sup>; Junqueira TB<sup>3</sup>; Vidigal TF<sup>3</sup>; Junqueira JOG<sup>2</sup>; Lima SMM<sup>2</sup>; Quinane YB<sup>3</sup>; Abreu BC<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG - Brasil; <sup>2</sup>Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG - Brasil; <sup>3</sup>FCMS - Suprema, Juiz de Fora - MG - Brasil

**Introdução:** Os ganglioneuromas são tumores raros, benignos, bem diferenciados e têm origem na crista neural. A maioria dos doentes com ganglioneuroma são assintomáticos, e grande parte destes tumores são não secretores. Podem simular tumores de cabeça de pâncreas. Geralmente, são encontrados acidentalmente em exames de imagem abdominal. **Objetivo:** Relatar o caso de ganglioneuroma, destacando seu diagnóstico diferencial com neoplasia cística da cabeça de pâncreas. **Método:** Revisão de prontuário e pesquisa bibliográfica em livro texto e nas bases indexadoras de dados: MedLine e Scielo. **Relato do caso:** DBS, 39 anos, masculino, com massa sólida hipocogênica medindo, à USG, 10,2 x 8,2 x 6,9 cm com contornos e limites bem definidos localizado junto ao processo uncinado do pâncreas, retroperitoneal, sem correlação anatômica com órgãos adjacentes. A tomografia computadorizada evidenciou formação cística, medindo 8,3 x 6,3 x 6,1 cm situada entre a veia cava inferior e porta e a artéria mesentérica superior sem plano de clivagem com a cabeça pancreática. À colangiopneumografia, foi encontrado formação expansiva cística com finas septações, hipointensa em T2, com origem na borda posterior da cabeça / processo uncinado do pâncreas, determinando leve compressão da veia cava inferior posteriormente, simulando neoplasia cística de cabeça de pâncreas. **Resultados:** Proposto duodenopancreatocetomia cefálica. Paciente submetido a laparotomia com incisão subcostal bilateral. Identificado tumor retroperitoneal aderido ao processo uncinado do pâncreas, a artéria e veia mesentérica superior porém sem invasão local. Realizado ressecção do tumor com ligadura de vasos próximo a lesão, liberando-o de estruturas como via biliar, veia porta e artéria mesentérica superior. Paciente evoluiu satisfatoriamente no pós operatório, obtendo alta no 7º DPO e encontra-se em acompanhamento ambulatorial. A anatomia patológica evidenciou ganglioneuroma. **Conclusão:** Pela raridade da entidade clínica e pela forma de apresentação, o ganglioneuroma pode, invariavelmente, conduzir a suspeição de outro diagnóstico. A maioria dos doentes não apresentam sintomas no momento do diagnóstico, como o ocorrido no caso apresentado. O prognóstico dos pacientes submetidos a ressecção completa do tumor é excelente.

**Palavras-chave:** Retroperitônio; Tumor; Pâncreas

E-mail do autor: thais\_senra@hotmail.com

#### 043 - SHUNT PORTOSSISTÊMICO TRANSJUGULAR (TIPS): UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA PACIENTES DO SUS – RELATO DE CASO

Barros TS<sup>1</sup>; Alcântara RGG<sup>1</sup>; Souza GS<sup>1</sup>; Vidigal FM<sup>1</sup>; Lima SMM<sup>1</sup>; Silva BG<sup>1</sup>; Junqueira JOG<sup>1</sup>; Rocha FOC<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG - Brasil; <sup>2</sup>FCMSJF, Juiz de Fora - MG - Brasil.

**Introdução:** O implante de TIPS (“transjugular intrahepatic portasystemic shunt”) é uma alternativa para o tratamento da hipertensão portal e suas complicações, tais como hemorragia digestiva refratária ao tratamento farmacológico e/ou endoscópico, ascite refratária e síndrome de Budd-Chiari, servindo como “ponte” para um futuro transplante hepático. **Objetivo:** relatar dois casos de implante de TIPS para tratamento de ascite refratária ao tratamento clínico em pacientes do SUS na Santa casa de JF. **Método:** Revisão de prontuário de 2 pacientes internadas com ascite refratária submetidas a realização de TIPS. **Relato dos casos:** LOA, 54 anos, portadora de ascite refratária intratável. LS, 57 anos, portadora também de ascite refratária por cirrose de etiologia indeterminada. **Resultados:** Ambas foram submetidas a implante de TIPS através da cateterização da veia jugular interna direita e após a punção da veia porta através da veia hepática direita foi realizado o implante de stent não recoberto para descompressão do sistema porta e consequente controle da ascite refratária. As pacientes evoluíram satisfatoriamente com alta no 3º DPO. **Conclusão:** o TIPS é uma opção terapêutica já estabelecida para casos de sangramento varicoso agudo refratário à terapêutica clínica e endoscópica, ascite refratária, hidrotórax cirrótico, síndrome de Budd-Chiari, entre outros. Sua utilização está restrita a centros com habilitação em alta complexidade e a relativa escassez de profissionais habilitados para realizar o procedimento limita a expansão do método. Esta modalidade terapêutica em pacientes selecionados promove eficaz descompressão do sistema portal, com baixa morbidade e índices de sucesso satisfatórios no controle das complicações da hipertensão portal.

**Palavras-chave:** TIPS; Fígado; Hipertensão Porta.

E-mail do autor: thais\_senra@hotmail.com

#### 044 - HÉRNIA INCISIONAL PARAESTOMAL PÓS TÉCNICA DE MITROFANOFF - RELATO DE CASO

Almeida CT<sup>1</sup>; Rodrigues BL<sup>1</sup>; Reis MC<sup>1</sup>; Moreira BR<sup>1</sup>; Caja EL<sup>1</sup>; Cruz PR<sup>1</sup>; Brant NC<sup>1</sup>; Cançado GG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Introdução:** A hérnia paraestomal manifesta-se na exteriorização do estoma sendo potencialmente considerada a complicação tardia de todos os estomas intestinais, muitas vezes inevitáveis. Pode manifestar-se por um simples acometimento estético até o estrangulamento da hérnia. A cirurgia corretiva pode se tornar uma barreira devido à grande variedade de técnicas, à dificuldade de sua correta indicação e também a eventos iatrogênicos, resultando em recidivas. A cistostomia continente trans-apendicular foi descrita pela primeira vez em 1980 por Mitrofanoff, usando o apêndice cecal como um condutor entre a bexiga e a pele. Isso permitia que a bexiga fosse esvaziada por uma estrutura que não fosse a uretra. O procedimento sofreu variações ao longo do tempo como a implantação de guia ligado a um reservatório de baixa pressão, possibilitando o esvaziamento da bexiga através de um cateter acessado através de um estoma. **Objetivo:** Relatar caso de paciente do sexo masculino de 57 anos submetido há 7 anos a uma laparotomia mediana intraumbilical para confecção de cistostomia através da técnica de Mitrofanoff que evoluiu com hérnia incisional paraestomal complicando com encarceramento da mesma. **Metodologia:** Revisão de literatura utilizando, Scielo, LILACS e Medline, prontuário e exames de imagem. **Discussão:** Grande parte dos pacientes cursa com hérnias paraestomais assintomáticas. O sinal clínico principal é o abaulamento local podendo relacionar-se com dor difusa, localizada ou dorsal. O estiramento abdominal e náuseas são comuns. Evita-se ao máximo a possibilidade de encarceramento da hérnia. A grande dificuldade encontrada pelo cirurgião é a ausência de consenso sobre o método ideal a ser usado. Dessa maneira a análise individualizada deve ser preferida, podendo potencializar as chances de sucesso no tratamento.

**Palavras-chave:** Hérnias Paraestomais; Hérnia; Mitrofanoff.

E-mail do autor: carolinatalmeida@gmail.com

#### 045 - COMPLICAÇÕES DA HERNIOPLASTIA INCISIONAL COM O USO DA TELA DE POLIPROPILENO - RELATO DE TRÊS CASOS E REVISÃO LITERÁRIA

Almeida CT<sup>1</sup>; Reis MC<sup>1</sup>; Rodrigues BL<sup>1</sup>; Brant NC<sup>1</sup>; Andrade CG<sup>1</sup>; Siqueira BP<sup>2</sup>; Lima MP<sup>2</sup>; Santos JP<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Faculdade da Saúde e Ecologia Humana - Faseh, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Introdução:** A hérnia incisional (HI), ou eventração abdominal pós operatória, é a protrusão do conteúdo abdominal através de um ponto fraco da parede, constituído pela cicatriz de intervenção cirúrgica anterior. A utilização das próteses (telas) para assegurar a força da parede abdominal sem tensão, diminuiu significativamente a taxa de recorrência das HIs. Dentre as próteses sintéticas, o polipropileno, que foi introduzido no Brasil por Falci, é o material mais usado em nosso meio, principalmente quando se deseja evitar tensão excessiva na linha de sutura das bordas. O uso intra-abdominal de telas, contudo tem indicações restritas, pois a colocação intraperitoneal destas próteses apresenta complicações, podendo cursar com a formação de aderências, fístulas êntero cutâneas, infecção, rejeição do material, deformação da prótese, formação de coleções serosas e sanguíneas, e até mesmo oclusão intestinal, sendo esta última, a complicação mais séria da formação de aderências. Pacientes que apresentam doenças associadas, como disfunção pulmonar, hipertensão, diabetes e obesidade têm maior risco de complicações. **Objetivo:** Relatar dois casos clínicos de pacientes submetidos à cirurgia para a retirada da tela de Marlex devido a saída constante de secreção purulenta por orifícios fistulosos em abdome. Paciente 57 anos hipertenso, diabético, portador de insuficiência renal não dialítica, dislipidemia e passado de AVC isquêmico e doença arterial periférica. Há 7 anos submetido à herniorrafia incisional após ser mantido em laparostomia devido a tratamento cirúrgico de úlcera perfurada. Paciente 30 anos, sem comorbidades, vítima de PAF em 2004, mantido em laparostomia, sendo submetido à herniorrafia incisional em 2005. **Metodologia:** Revisão de literatura utilizando as bases de dados, Scielo, LILACS e Medline. **Discussão:** A HI é uma complicação conhecida após cirurgias abdominais, com taxas de incidência de aproximadamente 3% e de 15% após a cirurgia laparoscópica e aberta, respectivamente. O advento de materiais protéticos foi fundamental para melhora nos resultados técnicos da correção cirúrgica de defeitos da parede abdominal. No entanto, as próteses podem determinar complicações de abordagem difícil e exige experiência da equipe cirúrgica.

**Palavras-chave:** Hérnia Incisional; Tela Polipropileno; Complicações.

E-mail do autor: carolinatalmeida@gmail.com



#### 046 - PANCREATITE AGUDA NECRO-HEMORRÁGICA COMO COMPLICAÇÃO DE GASTRECTOMIA PACIAL POR CÂNCER

Santana DP<sup>1</sup>; Almeida CT<sup>1</sup>; Franco RC<sup>2</sup>; Guimarães LA<sup>2</sup>; Pianetti DC<sup>1</sup>; Mendes L<sup>1</sup>; Cordeiro GM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Faculdade da Saúde e Ecologia Humana – Faseh, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** relatar um caso de pancreatite necro-hemorrágica grave em paciente submetida a gastrectomia parcial com linfadenectomia estendida para tratamento de câncer gástrico e revisar os dados da literatura. **Métodos:** os dados com relação ao caso foram obtidos através de acesso ao prontuário eletrônico, avaliação clínica e intervenções cirúrgicas. A revisão literária foi realizada por acesso online a portais científicos. **Resultados:** dentre as complicações decorrentes da gastrectomia, a pancreatite aguda figura entre as mais temidas. Apesar de ocorrer em apenas 1% dos casos, incidência menor a outras complicações como hemorragia e fístulas anastomóticas, a pancreatite aguda apresenta elevada morbimortalidade, principalmente por evoluir com mais frequência para forma necro-hemorrágica. A mortalidade gira em torno de 33 a 50%, sendo o prognóstico ruim quando comparada a pancreatites de etiologias diferentes. Pacientes oncológico, dissecação de tecidos peripancreáticos, como ocorre na linfadenectomia a D2, e o pâncreas divisum parecem estar relacionados a maior risco de desenvolvimento do quadro. **Conclusão:** a pancreatite necro-hemorrágica é complicação grave da gastrectomia oncológica, devendo-se tomar algumas precauções para diminuir a sua ocorrência. Deve ser considerada como diagnóstico diferencial para aqueles pacientes com evolução pos-operatória desfavorável.

**Palavras-chave:** Pancreatite; Gastrectomia; Complicações.

E-mail do autor: carolinatalmeida@gmail.com

#### 047 - COLECISTITE CRÔNICA COM FÍSTULA PARA O CÓLON TRANSVERSO SIMULANDO TUMOR DE CÓLON - RELATO DE CASO

Santana DP<sup>1</sup>; Almeida CT<sup>1</sup>; Reis MC<sup>1</sup>; Cruz DF<sup>2</sup>; Guimarães CB<sup>2</sup>; Franco RC<sup>2</sup>; Cruz PR<sup>1</sup>; Cordeiro GM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Faculdade da Saúde e Ecologia Humana – Faseh, Belo Horizonte, MG – Brasil.

**Objetivo:** relatar o caso de paciente com dor abdominal aguda em fossa ilíaca esquerda, com exames de imagem apontando hipótese diagnóstica de tumoração (GIST) com calcificação central em cólon descendente evoluindo com complicação local. A exploração cirúrgica mostrou tratar-se de quadro de colecistite crônica em atividade com fístula entre a vesícula biliar e o cólon transverso. **Métodos:** os dados com relação ao caso foram obtidos através de acesso ao prontuário eletrônico, avaliação clínica e intervenções cirúrgicas. A revisão da literatura foi realizada por acesso online a portais científicos. **Resultados:** a paciente com quadro de dor abdominal difusa, mais intensa em fossa ilíaca esquerda, febre, leucocitose e constipação intestinal, recebendo tratamento com antibióticos por 7 dias com melhora dos critérios de infecção. Permaneceu com a queixa de dor abdominal, com as mesmas características, e da constipação intestinal. Foi solicitada topografia computadorizada (TC) de abdômen e pelve. Frente a suspeita de tumoração em cólon descendente (GIST) com possível complicação local, foi proposta intervenção cirúrgica de princípio. Identificado processo inflamatório crônico (colecistite crônica) com cálculo único, além de fístula entre o fundo e o cólon na topografia da aderência. Foi realizada correção trajeto fistuloso com sutura manual, seguido da colecistectomia convencional sem intercorrências. A literatura mostra que, dentre os pacientes portadores de colelitíase, cerca de 2% ao ano evoluem com sintomas ou apresentam algum tipo de complicação, sendo a colecistite aguda uma das mais frequentes. Em alguns casos pode haver formação de fístula entre a vesícula e algum segmento intestinal, com migração de cálculos para o trato digestivo. A fístula se dá com o duodeno em mais de 70% dos casos, porém pode ser com estômago, jejuno ou cólon. **Conclusões:** o caso relatado traz à discussão que diagnósticos realizados por método propedêutico isolado e pacientes que não apresentam quadro clínico típico pode levar a achados inesperados ao acesso abdominal, principalmente quando patologias menos frequentes não são consideradas dentre as hipóteses diagnósticas diferenciais, exigindo do cirurgião capacitação técnica para resolução do caso através de decisão intraoperatória. Além disso, temos uma complicação de colelitíase por fístula para a luz intestinal com apresentação menos comum, uma vez que a maior parte das fistulas se dão com o duodeno.

**Palavras-chave:** Gist; Colecistite Crônica; Fístula.

E-mail do autor: carolinatalmeida@gmail.com

#### 048 - TERAPIA POR PRESSÃO NEGATIVA A VÁCUO NO MANEJO DAS LAPAROSTOMIAS

Almeida CT<sup>1</sup>; Santana DP<sup>1</sup>; Pianetti DC<sup>1</sup>; Silva SR<sup>1</sup>; Guimarães LA<sup>2</sup>; Guimarães CB<sup>2</sup>; Andrade CG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Faculdade da Saúde e Ecologia Humana – Faseh, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** demonstrar a aplicabilidade de um método de curativo à vácuo utilizado no manejo de laparostomias que pode proporcionar melhor cuidado da ferida até seu fechamento precoce em relação aos métodos tradicionais. O método terapêutico utilizado foi o VAC (Vacuum Assisted Closure). **Métodos:** os dados com relação ao caso foram obtidos através de acesso ao prontuário eletrônico de pacientes tratados pelo método e acompanhamento de intervenções cirúrgicas. Nesta revisão, foram incluídas imagens de paciente tratada pelo método devido a quadro de pancreatite necro-hemorrágica grave. A revisão da literatura foi realizada por acesso online a portais. **Resultados:** a laparostomia é condição necessária nos pacientes que evoluem com quadro de Síndrome de Compartimento abdominal no qual é necessário deixar o abdome aberto a fim de diminuir a pressão intra-abdominal. São causas frequentes realacionadas à síndrome o trauma abdominal e as peritonites graves. A aplicação de pressão sub-atmosférica através da terapia a vácuo apresenta diversas vantagens em relação à tradicional bolsa de Bogotá no manejo das laparostomias, entre elas a redução do edema das vísceras, o controle das secreções, o aumento da vascularização local e a aproximação precoce da aponeurose da parede abdominal através da contração da ferida. **Conclusão:** pacientes com laparostomias apresentam elevada morbimortalidade e o manejo com terapia a vácuo por pressão negativa apresenta vantagens no controle das complicações realacionadas a esta condição, além de proporcionar a possibilidade de fechamento precoce da parede abdominal.

**Palavras-chave:** Terapia Vac; Pancreatite; Laparostomia.

E-mail do autor: carolinatalmeida@gmail.com

#### 049 - TUMOR DO ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE DUODENO TRATADO COM RESSECÇÃO LOCAL – RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Santana DP<sup>1</sup>; Almeida CT<sup>1</sup>; Pianetti DC<sup>1</sup>; Cruz DF<sup>2</sup>; Mendes L<sup>1</sup>; Reis MC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Faculdade da Saúde e Ecologia Humana – Faseh, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** relatar um caso de paciente portadora de massa em topografia de segunda porção duodenal sugestiva de tumor estromal gastrointestinal, submetida a tratamento cirúrgico conservador através de ressecção local. **Métodos:** os dados com relação ao caso foram obtidos através de acesso ao prontuário eletrônico acompanhamento de intervenção cirúrgica. A revisão da literatura foi realizada por acesso online a portais. **Resultados:** o GIST é o tumor mesenquimal mais comum do trato gastrointestinal, sendo sintomáticos em cerca de 70% dos casos. As localizações mais comuns são: estômago (70%), intestino delgado (25%) e reto (5%). A Tomografia Computadorizada e a Ressonância Nuclear Magnética são os melhores exames para avaliação e estadiamento. A média de tamanho é de 5 cm e o principal critério diagnóstico é a positividade do c-KIT à imuno-histoquímica que também define a agressividade do tumor. A cirurgia é a única modalidade de tratamento com potencial de cura. As lesões duodenais menores podem ser tratadas com ressecção local e fechamento primário. A paciente foi submetida a este tipo de tratamento devido a ausência de comprometimento da papila duodenal, evitando a duodenopancreatocomia. **Conclusão:** os GISTs devem entrar no diagnóstico diferencial das massas abdominais, sendo a suspeita definida através de exames de imagem, uma vez que a biopsia por acesso endoscópico pode ser dificultada pela sua apresentação submucosa. A ressecção local é segura quanto a curabilidade, devendo dar lugar a grandes ressecções cirúrgicas que elevam a morbi-mortalidade.

**Palavras-chave:** GIST; Tomografia Computadorizada; Tratamento.

E-mail do autor: carolinalmeida@gmail.com

#### 050 - ISQUEMIA INTESTINAL NO TERRITÓRIO DA ARTÉRIA MESENTÉRICA SUPERIOR - RELATO DE CASO

Almeida CT<sup>1</sup>; Santos SS<sup>1</sup>; Cordeiro GM<sup>1</sup>; Andrade CG<sup>1</sup>; Cruz PR<sup>1</sup>; Meyer Mmmmde<sup>1</sup>; Mendes L<sup>1</sup>; Santos EC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Baleia, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** relatar o caso de uma paciente de 77 anos com dor abdominal aguda tratada inicialmente como gastroenterite, que evoluiu com piora progressiva sendo encaminhada a laparotomia com diagnóstico per operatorio de isquemia intestinal. **Métodos:** os dados com relação ao caso foram obtidos através de acesso ao prontuário eletrônico, avaliação clínica e intervenções cirúrgicas. A revisão da literatura foi realizada por acesso online a portais científicos. **Resultados:** portador de D. Chagas, fibrilação atrial e hipertensão arterial, usando enalapril e varfarina. Procura UPA com dor abdominal pós prandial, vômitos volumosos e episódio de evacuação não diarreica. Diagnosticada gastroenterite, evoluiu com intolerância alimentar, interrupção de evacuações, distensão abdominal e piora do estado geral. Iniciado ciprofloxacino e, no 3o. dia, transferido para hospital geral. Suspeita de abdome agudo, obstrução intestinal ou isquemia mesentérica: solicitou-se propedêutica de abdome agudo, lactato, avaliação cirúrgica, dieta suspensa, hidratação venosa e mantido antibiótico. Avaliado pela cirurgia geral: abdome distendido, timpânico, doloroso em baixo ventre e periumbilical, pior à esquerda, sem irritação peritoneal, tenso e com contração voluntária. Radiografia abdome: distensão moderada difusa de alças de delgado e parte dos cólons, sem níveis hidroaéreos. Mantido diagnóstico, optado por suporte intensivo e tomografia de abdome. TC: distensão de alças de cólon e delgado, estenose em sigmóide ao nível da bifurcação aorto-iliaca, ausência de ar em ampola retal. Suspeitada obstrução intestinal, abordagem cirúrgica: isquemia de jejuno e íleo com áreas de necrose a partir de 50cm do Treitz até ceco. Segmento acometido não ressecado, mantida laparostomia. No 5º dia, instabilidade hemodinâmica, choque refratário, oligoanúria e óbito. **Conclusão:** Isquemia mesentérica é diagnóstico desafiador, deve ser considerado na dor abdominal pós prandial, com fatores de risco – fibrilação atrial, infarto miocárdico recente, cardiopatia valvar, cateterização cardíaca ou vascular recente e miocardiopatias – e ausência de irritação peritoneal. Este caso foi clássico e, no achado cirúrgico, a descrição de processo compatível com embolia da artéria mesentérica superior. O final desfavorável não desobedece às estatísticas, a taxa de mortalidade é >50%. O indicador mais significativo de sobrevida é diagnóstico e tratamento precoces.

**Palavras-chave:** Isquemia Intestinal; Diagnóstico; Tomografia de Abdome.

E-mail do autor: carolinalmeida@gmail.com

#### 051 - SINOVIOSARCOMA DE PARECE TORÁCICA PRIMÁRIO - RELATO DE CASO

Faria APB<sup>1</sup>; Neves FAC<sup>2</sup>; Girundi MG<sup>2</sup>; Veloso GS<sup>2</sup>; Ramos TL<sup>2</sup>; Alves PAP<sup>2</sup>; Scivicco P<sup>2</sup>; Perez TVM<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Complexo Hospitalar São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Complexo Hospitalar São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>3</sup>Complexo Hospitalar São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Introdução:** Os tumores de parede torácica representam 1 a 2% de todas as neoplasias, a maioria resulta de metástase ou invasão direta de tumores adjacentes à parede torácica, os tumores primários de parede torácica representam 0,04%. **Objetivo:** Discutir e relatar um caso de sinoviosarcoma de parede torácica. **Relato de caso:** R.R.C, 18 anos, feminina, percebeu abaulamento em região torácica esquerda, sem outros sintomas associados em 2013. TC tórax evidenciou massa heterogênea na parede torácica. Foi optado por toracectomia esquerda, realizado em Outubro de 2013. Encontrado tumor de parede tórax abdominal, invasão da 11ª costela. Realizado ressecção completa da massa com pequena ressecção de diafragma esquerdo e de parte da costela, reconstrução da parede torácica por retalho miocutâneo de avanço e tela de polipropileno após omentoplastia. A anatomia patológica e Imuno histoquímica concluiu tratar-se de osteosarcoma. Não foi indicado quimioterapia, feito apenas acompanhamento ambulatorial. Após três meses, foi encaminhada para o serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital São Francisco, devido novo abaulamento em parede torácica. TC tórax e abdome mostrou extensa massa heterogênea invadindo pulmão, baço e veia cava. Feito biópsia incisional e revisão da lâmina anterior. Resultado: sinoviosarcoma. Optou-se por realizar ciclos de quimioterapia neoadjuvante, e em 29 de Julho a paciente foi submetida à ampla toracotomia póstero-lateral esquerda baixa. Realizado ressecção em bloco de toda a lesão, segmentos pulmonares da pirâmide basal esquerda, 9º a 12º arcos costais esquerdos, esplenectomia e frenectomia parcial à esquerda. Reconstrução diafragmática com tela sintética de dupla face. Paciente segue com evolução satisfatória até o momento. Anatomopatológico evidenciou sinoviosarcoma, sem invasão óssea ou esplênica, com margens livres. **Conclusões:** Os tumores primários da parede torácica são raros, e muitas vezes pouco sintomáticos, e podem se manifestar em todas as idades. Embora a suspeita clínica possa ser feita apenas com a história e exame físico, o diagnóstico definitivo muitas vezes é protelado pois tanto os sinais e sintomas, quanto os exames subsidiários com frequência são mal interpretados. O pilar do tratamento desses tumores é a ressecção cirúrgica com margens amplas e reconstrução da parede torácica, quando necessário, feita adequadamente. Terapia neoadjuvante ou adjuvante devem ser usadas para facilitar as margens negativas em casos selecionados.

**Palavras-chave:** Neoplasia Parede Torácica; Sinoviosarcoma; Sarcoma.

E-mail do autor: anapaulabernardes@me.com

## 052 - NEOPLASIA MUCINOSA PAPILAR INTRADUCTAL DO PÂNCREAS – RELATO DE CASO

Lima SMM<sup>1</sup>; Vidigal FM<sup>1</sup>; Mazzoni CA<sup>1</sup>; Miranda LT<sup>1</sup>; Barros TS<sup>1</sup>; Barbosa HS<sup>1</sup>; Pereira PHS<sup>1</sup>; Junqueira JOG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG – Brasil*

**Introdução:** As neoplasias císticas do pâncreas constituem cerca de 10% das neoplasias pancreáticas, e dentre elas, as mais comuns são a neoplasia cística serosa e a neoplasia cística mucinosa. A neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) é caracterizada pela proliferação do epitélio ductal pancreático, com hipersecreção de mucina e consequente dilatação do ducto principal e/ou de seus ramos secundários e exibe graus variáveis de atipia celular. Possui maior prevalência entre a 5ª e a 6ª décadas de vida e localiza-se preferencialmente na cabeça do pâncreas. **Objetivo:** Relatar um caso de neoplasia mucinosa papilar intraductal como causa de pancreatite aguda. **Relato de Caso:** Paciente do sexo feminino, 75 anos, internada com quadro de dor abdominal em andar superior do abdome, associada a náuseas, vômitos, leucocitose com desvio à esquerda e elevação de amilase sérica. Realizada ultrassonografia de abdome que não evidenciou colelitíase, foi submetida à tomografia de abdome que mostrou dilatação de vias biliares intra-hepáticas, dilatação do ducto pancreático e aumento volumétrico da região de cauda pancreática, sugestivo de pancreatite aguda. A paciente foi então submetida a uma colangiorrressonância, que evidenciou dilatação difusa do ducto pancreático e imagens de aspecto cístico alongado em região de processo uncinado e cabeça de pâncreas. Dosagem de CA 19.9 de 43. Para melhor elucidação do caso foi realizada CPRE que mostrou alargamento do orifício da papila maior com exteriorização de muco (“fish mouth”), compatível com NMPI e dilatação difusa do ducto pancreático principal, medindo cerca de 10 mm. **Resultado:** Realizada duodenopancreatectomia com preservação do piloro, não tendo sido realizado estudo de congelação da margem em decorrência de problemas técnicos. Sem complicações no pós-operatório, a paciente obteve alta hospitalar no 14º dia e encontra-se em acompanhamento ambulatorial. O estudo anatomopatológico mostrou tratar-se de neoplasia mucinosa papilífera intraductal, com displasia de baixo grau, com margem pancreática comprometida. **Conclusão:** A NMPI pode ser um achado incidental em um exame de imagem, ou manifestar-se como pancreatite, devido à obstrução do ducto pancreático pela produção de mucina, ou como sintomas inespecíficos. Seu risco de malignização pode chegar a 70%, dependendo da classificação da NMPI.

**Palavras-chave:** Pâncreas; Neoplasia Mucínosa Papilar Intraductal; Lesão Cística do Pâncreas.

E-mail do autor: samyamlima@gmail.com

## 053 - OS DESAFIOS NO TRATAMENTO DE UM PACIENTE GRANDE QUEIMADO EM HOSPITAL GERAL - RELATO DE CASO

Lima SMM<sup>1</sup>; Pedretti SLC<sup>1</sup>; Barros TS<sup>1</sup>; Miranda LT<sup>1</sup>; Barbosa HS<sup>1</sup>; Mazzoni CA<sup>1</sup>; Santos LC<sup>1</sup>; Faria VC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG – Brasil*

**Introdução:** O tratamento dos grandes queimados sempre foi um grande desafio aos cirurgiões plásticos, tanto pela complexidade das lesões, quanto pela necessidade de cuidados intensivos e multidisciplinar, envolvendo os mais diversos profissionais de saúde, como cirurgiões, clínicos, intensivistas, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, enfermeiros e auxiliares com especialização nesta área. **Objetivo:** Demonstrar os desafios de equipe multidisciplinar no tratamento de paciente grande queimado em hospital geral, Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. **Método:** Masculino, 17 anos, vítima de acidente com líquido inflamável (etanol), queimaduras de segundo grau (superficial e profundo) e terceiro grau com aproximadamente 50% de superfície corporal queimada. Internação prolongada (129 dias) na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCMJ), onde foi prestada assistência de equipe multidisciplinar. Os desafios na abordagem do paciente em questão foram diversos. Por parte do paciente, crises de ansiedade, abstinência de analgésicos potentes (tramadol, nalbufina), aceitação de trocas de curativo no quarto. Por parte da equipe multiprofissional, adequar analgesia, manejo em infecções múltiplas por germes resistentes, limitação de material e equipe treinada para troca de curativos, manutenção de dieta adequada. **Resultados:** A equipe multiprofissional mostrou-se eficiente no tratamento do paciente queimado em questão e, diante de todos os desafios, enfrentou-os e obteve êxito com a alta hospitalar. **Conclusão:** Embora não dispuséssemos de um centro de tratamento de queimados (CTQ), nossos resultados foram satisfatórios e equivalentes aos dos CTQ: unidades fechadas, com equipe multidisciplinar, especializada no tratamento de pacientes vítimas de queimaduras. O paciente recebeu alta hospitalar após 129 dias de internação na S.C.M.J.F com êxito no tratamento instituído e com programação de atendimento domiciliar.

**Palavras-chave:** Grande Queimado; Queimadura; Assistência Multiprofissional.

E-mail do autor: samyamlima@gmail.com

## 054 - PANCREATITE AGUDA NECOSANTE TRATADA CIRURGICAMENTE COM NECROSECTOMIA E REABORDAGENS SUCESSIVAS COM SUCESSO

Reis MPFCA<sup>1</sup>; Braga GM<sup>1</sup>; Carvalho TRW<sup>1</sup>; Bento SV<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Socor, Belo Horizonte, MG – Brasil*

**Resumo:** Baseando em uma doença com uma mortalidade que pode chegar de 30 à 60%, sendo a principal etiologia por litíase biliar e álcool (até 75%), nosso interesse é promover uma discussão que torne nosso conhecimento enriquecido tanto em seu diagnóstico, como em sua abordagem e conduta, visto termos diferentes técnicas e complicações, tanto da doença como de sua abordagem. Trata-se de uma paciente de 67 anos, admitida no serviço com dor abdominal de forte intensidade e vômitos, TC abdominal que identificou aumento do Pâncreas com hiporrealce no corpo, colo e em parte do processo uncinado da cabeça acometendo aparentemente mais de 50 % do volume do órgão edema da gordura peripancreática e quantidade de líquido livre na cavidade, sugerindo necrose. Foi iniciado ATB. Tinha na admissão LG 15900 14% bastão PCR 168 amilase 768,8 lipase 201 Bb direta 0.4 Total 1 Exame físico: Abdome doloroso em epigastro, sem sinais de Cullen ou Grey-Turner. No sexto dia foi para VNI, TC contrastada evidenciou: DP bilateral, líquido livre em cavidade, moderado, 2 microcálculos em vesícula biliar, sem dilatação das vias, melhora do laboratório. 11 dias evoluiu para IOT, PIORA DO ESTADO geral, foi abordada com laparotomia, lesão de pingo de vela no grande epiplon, líquido livre. Drenado coleção retrogastrica (pseudocisto), necrosectomia peripancreática, colecistectomia, drenos, peritoneostomia. Reabordada com laparotomia por três vezes à cada 72 horas. Evoluiu com infecção multirresistente, boa resposta à ATB. Evoluiu com melhora clínica e hoje com proposta de alta hospitalar. **Discussão:** Critérios de Baltasar identificou pancreatite grave, associado à piora clínica e laboratorial, foi optado pela cirurgia. Sabemos que indicadores de prognósticos com o critério utilizado não indica cirurgia e cabe ao cirurgião iniciar e indicar o tratamento como foi feito. A litíase biliar sendo causadora do quadro deve ser resolvida, porém nem sempre é abordada no momento da necrosectomia, muitas vezes abordada após resolução da Pancreatite, porém foi realizada com sucesso nesse caso. Neste caso, a paciente esteve em cuidados no Centro de Terapia Intensiva, no pré e pós cirúrgico, foi fundamental na condução e abordagem do caso, porém indicação cirúrgica e condução de complicações ficaram com cirurgião, o que contribuiu para o sucesso. **Conclusão:** Apesar da gravidade do quadro clínico, o cuidado cirúrgico e multidisciplinar foram fundamentais para o sucesso da resolução do quadro.

**Palavras-chave:** Pancreatite; Necrosante; Laparotomia

E-mail do autor: marcospfcar@hotmail.com

### 055 - ABDÔMEN AGUDO E CHOQUE HEMORRÁGICO EM PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA RENAL POLICÍSTICA DO ADULTO – RELATO DE CASO

Gomes ALFM<sup>1</sup>; Carvalho RJV<sup>1</sup>; Leite MSC<sup>1</sup>; Rocha MF<sup>1</sup>; Zaidan MC<sup>1</sup>; Marques VMA<sup>1</sup>; Martins TSA<sup>1</sup>; Carreiro PRL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital da Unimed de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Relatar caso de paciente portadora de Doença Renal Policística do Adulto (DRPA) admitida com quadro de abdômen agudo associado a sangramento de cistos renais e choque hipovolêmico. Apresentar também dados da literatura que justificam a relevância do caso. **Métodos:** Realizada revisão da literatura sobre a DRPA e suas possíveis complicações, além da coleta e organização dos dados referentes ao caso abordado. **Resultados:** Paciente de 37 anos, sexo feminino, portadora de DRPA por herança autossômica dominante materna. Relata crescimento progressivo de ambos os rins, com abaulamento da parede abdominal. Presente também quadro esporádico de vômitos após a alimentação. Em 2013, devido a gravidez, houve piora da função renal, necessitando iniciar hemodiálise. Nesta mesma época refere quadro recorrente de cólica abdominal associada à hematúria. No dia 15 de Abril de 2014 a paciente é admitida em nosso serviço com dor abdominal intensa difusa e hematúria. Evoluiu com rebaixamento da consciência e choque hipovolêmico. Realizada estabilização hemodinâmica com cristaloides, concentrado de hemácias e plasma. TC Abdominal mostrou rins policísticos aumentados em tamanho e líquido livre na cavidade. Realizada laparotomia exploradora de urgência com nefrectomia bilateral. O procedimento ocorreu sem intercorrências, e pós-operatório foi conduzido em CTI. O rim direito mediu 25 x 17 x 9,5 cm, e o esquerdo 22 x 15 x 9 cm, pesando, respectivamente, 2168 e 1628 gramas. Não foram encontradas atipias celulares no estudo microscópico, apenas sinais de hemorragia extensa recente. A paciente recebeu alta no 7oDPO, mantém tratamento hemodialítico e está na fila para realização de transplante renal. **Conclusões:** Hemorragia de cistos renais frequentemente ocorre em pacientes portadores de DRPA. Mas a incidência de hemoperitônio associado é extremamente baixa. Os avanços na terapia conservadora para a DRPA tornaram a nefrectomia cada vez menos necessária. Sugere-se que ela só seja realizada em paciente sintomático, com rins muito aumentados, dor abdominal, sintomas obstrutivos intestinais, sangramento recorrente e suspeita de malignidade. No caso relatado a nefrectomia foi necessária como procedimento de urgência. Segundo os dados apresentados da literatura, a indicação foi correta e por se tratar de quadro raro, ainda faltam estudos que avaliem o prognóstico destes pacientes quando comparados àqueles operados eletivamente.

**Palavras-chave:** Doença Renal Policística do Adulto; Hemoperitônio; Nefrectomia.

E-mail do autor: analuizafmg@gmail.com

### 056 - GOSSIPIBOMA INTRALUMINAL - RELATO DE CASO

Junqueira JOG<sup>1</sup>; Vidigal FM<sup>2</sup>; Abreu BC<sup>2</sup>; Silva BG<sup>1</sup>; Barros TS<sup>2</sup>; Vidigal TF<sup>2</sup>; Junqueira TB<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FCMS - Suprema, Juiz de Fora - MG - Brasil; <sup>2</sup>Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG - Brasil

**Introdução:** Material cirúrgico de origem têxtil retido na cavidade abdominal após qualquer procedimento cirúrgico é uma complicação pouco frequente, porém evitável. Determina uma reação inflamatória/granulomatosa, e tem baixa incidência. Estas massas dentro da cavidade abdominal podem servir de substrato para a proliferação de microrganismos, determinando formação de abscessos e peritonite. Sua migração intraluminal é mais rara, podendo levar à obstrução. Vários fatores de risco estão associados a esta condição, sendo as gazes e as compressas cirúrgicas os materiais mais retidos pós laparotomias. Mesmo as cirurgias minimamente invasivas não estão isentas destes riscos. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente diagnosticado com gossipiboma e submetido a procedimento cirúrgico. **Método:** Revisão da literatura nas bases indexadoras de dados SciELO e MedLine, com base em artigos publicados. **Relato do caso:** AMC, masculino, 36 anos, admitido com dor abdominal em andar inferior de abdome, adinamia, hiporexia, náuseas e vômitos pós-prandiais. Emagrecimento de 25 kg nos últimos 10 meses e constipação. Submetido a apendicectomia de urgência por meio de laparotomia ampla em outro hospital. Apresentava abdome distendido e doloroso em região peri-umbilical e hipogástrio. Submetido a exames de imagem, foi encaminhado à laparotomia exploradora em decorrência do quadro sub oclusivo. Realizada enterectomia do segmento acometido, com anastomose primária. À abertura do segmento ressecado, identificada compressa cirúrgica no interior do lúmen intestinal. Com boa evolução pós operatória, encontra-se em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Devido ao aumento na prevalência dos casos de gossipiboma, medidas preventivas eficazes devem ser adotadas para que seja possível reduzir a sua incidência.

**Palavras-chave:** Textiloma; Gossipiboma; Corpo Estranho Intra-abdominal.

E-mail do autor: ybandeira@gmail.com

### 057 - CISTO MESENTÉRICO QUILOSO - RELATO DE CASO

Junqueira JOG<sup>1</sup>; Vidigal FM<sup>2</sup>; Abreu BC<sup>2</sup>; Barbosa HS<sup>1</sup>; Pereira PHS<sup>2</sup>; Vidigal TF<sup>2</sup>; Junqueira TB<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FCMS - Suprema, Juiz de Fora - MG - Brasil; <sup>2</sup>Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG - Brasil

**Introdução:** O cisto mesentérico trata-se de um tumor abdominal raro, que pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária. Predomina no sexo feminino, principalmente na quarta década de vida. Geralmente assintomáticos, sendo seu diagnóstico ocasional. Pode ser classificado em cisto mesotelial ou linfangioma e pode originar-se de tecidos vascular, nervoso, conjuntivo e linfático. Seu tratamento consiste em sua retirada ou marsupialização. Em alguns casos pode ser necessária enterectomia segmentar. O prognóstico é bom. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente diagnosticado com cisto mesentérico quiloso e submetido a procedimento cirúrgico. **Método:** Revisão da literatura crítica nas bases indexadoras de dados SciELO e MedLine, com base em artigos publicados nos últimos 12 anos. **Relato do caso:** V.T.M., 53 anos, masculino, com dor abdominal em cólica há 18 meses, predominantemente em andar inferior de abdome, com piora em posição ortostática. Negava irradiação da dor ou relação com alimentação. Referia ainda emagrecimento durante o período. Tabagista inveterado (50 anos/maço) e etilista social. Ao exame físico, apresentava abdome flácido, normotimpânico, doloroso a palpação profunda em região supra-púbica e flanco esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal. Após avaliação laboratorial e por métodos de imagem, foi diagnosticado cisto mesentérico. Submetido a procedimento cirúrgico, com ressecção de dois cistos mesentéricos jejunais com conteúdo linfático. Boa evolução pós operatória, encontra-se assintomático em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O cirurgião deve sempre atentar para a possibilidade diagnóstica de cisto mesentérico em pacientes com queixa de massa e/ou aumento do volume abdominal, a fim de instituir seu tratamento adequado.

**Palavras-chave:** Cisto Mesentérico; Cisto Quiloso; Tumor Abdominal.

E-mail do autor: ybandeira@gmail.com

## 058 - USO INTRANASAL DO ÁLCOOL PERÍLICO NO TRATAMENTO DE GLIOMAS RESISTENTES AO TRATAMENTO CIRÚRGICO E QUIMIOTERÁPICO CONVENCIONAL

Lage JMFT<sup>1</sup>; Silva GA<sup>1</sup>; Santos EF<sup>1</sup>; Gomes MLS<sup>1</sup>; Araújo LA<sup>1</sup>; Miranda JCF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unifenas-BH, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** os gliomas cerebrais são tumores agressivos com importante implicação na sobrevida dos pacientes e que respondem mal aos tratamentos convencionais (cirúrgico e quimioterápico), portanto clama-se por alternativas terapêuticas mais eficazes e menos agressivas durante sua abordagem. O objetivo deste trabalho é entender o papel do Álcool Perílico (POH) como alternativa terapêutica no tratamento de gliomas resistentes a cirurgia e quimioterapia. **Métodos:** foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando as bases de dados MEDLINE, LILACS, PubMed e Scielo para identificar artigos relevantes, publicados entre 1995 e 2013 que abordam desde o uso de POH no tratamento oncológico geral até o seu uso específico no tratamento de gliomas cerebrais resistentes. **Resultados:** em 1994 foram publicados os primeiros trabalhos abordando o uso do POH no tratamento oncológico, sendo que, as topografias tumorais inicialmente estudadas foram mama, fígado, pulmão e pâncreas. Resultados promissores no combate cancerígeno foram obtidos, porém seu uso por via oral proporcionava efeitos colaterais gástricos intoleráveis, o que levou ao abandono de diversos estudos promissores envolvendo o POH. Todavia, a partir de 2006, pesquisadores da Universidade Federal Fluminense (UFF) iniciaram o uso da substância anticancerígena por via intranasal o que eliminou os efeitos colaterais insuportáveis do uso oral e, dessa forma, possibilitou a retomada do uso da substância em diversas pesquisas contra o câncer envolvendo seres humanos. **Conclusão:** o uso do POH tinha sua utilização limitada devido aos efeitos colaterais provenientes da administração oral, todavia seu uso intranasal permitiu que fosse utilizado com efeitos colaterais mínimos. A substância mostrou-se eficaz em estabilizar e, em alguns casos, regredir gliomas cerebrais que não responderam a abordagem cirúrgica e quimioterápica inicial. Com isso, surge não só uma última alternativa terapêutica após insucesso cirúrgico e quimioterápico, mas também um método para diminuir o tumor no pré-operatório facilitando a abordagem cirúrgica.

**Palavras-chave:** Glioma; Insucesso Cirúrgico; Abordagem Pré-operatória.

E-mail do autor: maxunifenas@live.com

## 059 - PROSTATECTOMIA RADICAL: ESTUDO COMPARATIVO DA VIA ABERTA, LAPAROSCÓPICA E AUXILIADA POR ROBÔS

Henriques PRF<sup>1</sup>; Moreira TC<sup>1</sup>; Assis JP<sup>1</sup>; Teixeira MM<sup>1</sup>; Cordeiro ML<sup>1</sup>; Silva MF<sup>1</sup>; Veloso RC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faseh, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Introdução:** O câncer de próstata é a mais comum malignidade urológica, sendo que um em cada seis homens acima de 50 anos nos EUA irá receber este diagnóstico. Quando localizado, o “padrão ouro” para o tratamento deste câncer é a prostatectomia radical. E atualmente essa cirurgia pode ser realizada por via laparoscópica (PRL) ou com auxílio de robôs (PRAR), o que tem ganhado grande importância prática. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura buscando comparar as diferentes vias cirúrgicas de forma a salientar suas vantagens e desvantagens. **Materiais e métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática utilizando os bancos de dados da PubMed e BVS de artigos de revisão de literatura em inglês, português ou espanhol publicados nos últimos 5 anos utilizando os descritores “surgery”, “prostatic neoplasms”, “prostatectomy”, “laparoscopy” e “postoperative complications”. **Resultados:** A PRL quando comparada com a PRAR apresenta maiores desvantagens em relação a morbidade perioperatória e em relação a margem cirúrgica positiva. No entanto a PRAR apresenta maiores custos, o que limita seu uso, fato que pode ser contornado caso seja realizado um maior número de cirurgias por ano. Além disso, se faz necessário uma maior habilidade por parte do cirurgião para sua realização, exigindo dedicação e experiência. Tanto a PRL quanto a PRAR apresentaram melhores resultados em relação a perda de sangue e a necessidade de transfusão quando comparada com a prostatectomia aberta (PRA). No entanto a PRA e PRAR apresentam menor tempo de procedimento. Em relação às complicações, a PRAR apresenta menores índices de impotência sexual e de disfunção erétil. No entanto, os estudos não se mostram conclusivos, visto que fatores externos à cirurgia podem interferir de forma a dificultar as comparações. As diferenças existentes entre essas três técnicas não são substanciais para caracterizar supremacia de uma em relação a outra, sendo necessário avaliar a condição técnica do cirurgião que irá realizar a cirurgia e as expectativas do paciente.

**Palavras-chave:** Prostatectomia; Neoplasia; Prostata.

E-mail do autor: tallesmoreira@gmail.com

## 060 - ENDOMETRIOSE CUTÂNEA EM HÉRNIA UMBILICAL

Martins AO<sup>1</sup>; Ribeiro MCB<sup>1</sup>; Terra Junior JA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UFMT, Uberaba - MG - Brasil

**Objetivo:** A endometriose é uma doença crônica inflamatória benigna, estrogênio-dependente, definida como a presença de glândulas e estroma endometrial em locais que não a cavidade uterina, principalmente na cavidade pélvica, peritônio e ovários. Corresponde a cerca de 5%- 10% da população feminina em idade reprodutiva, estando associado a sintomas que impactam negativamente no bem estar biopsicossocial. A endometriose cutânea é rara, porém, constitui a localização mais comum extra pélvica podendo ser classificada em forma primária e secundárias. **Métodos:** Relatamos um caso de endometriose cutânea primária associada a uma hérnia umbilical em uma paciente de 31 anos com acompanhamento no ambulatório de Cirurgia Geral do HC-UFTM e proposto tratamento cirúrgico da lesão. A etiologia e a patogênese da endometriose tem sido explicada por diversas teorias que apontam para a multicausalidade, associando fatores genéticos, anormalidades imunológicas e disfunção endometrial. A disseminação de células ou tecido endometrial através de vasos sanguíneos e linfáticos explicaria as localizações da endometriose fora da cavidade pélvica, como a rara forma cutânea primária umbilical descrita por Villary em 1886, representando 0,5- 1% do total. **Resultado:** O tratamento foi a exérese circunferencial de toda a lesão, a herniorrafia umbilical e a onfaloplastia no mesmo tempo cirúrgico. **Conclusão:** A endometriose cutânea espontânea é uma doença rara. A proposta terapêutica para o melhor resultado e prognóstico deve ser o procedimento cirúrgico com o intuito de ressecar toda lesão e realizar a onfaloplastia.

**Palavras-chave:** Endometriose; Hérnia Umbilical; Tratamento Cirúrgico.

E-mail do autor: andre\_oli\_martins@yahoo.com.br

### 061 - COLECISTECTOMIAS REALIZADAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE - UM BREVE ESTUDO DEMOGRÁFICO

Guimaraes AM<sup>1</sup>; Girundi MG<sup>1</sup>; Arantes BD<sup>1</sup>; Simões FCM<sup>1</sup>; Carneiro RS<sup>1</sup>; Faria APB<sup>1</sup>; Fernandes CAS<sup>1</sup>; Ordonez DS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital São Francisco de Assis, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Realizar análise demográfica dos pacientes submetidos ao procedimento de colecistectomia em Belo Horizonte (BH), realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no período de dois anos a partir de dados de um hospital geral da capital mineira. **Método:** O estudo tem uma abordagem quantitativa, a base de dados utilizada foi o DataSUS e o Sistema Gesthos. Os critérios de inclusão utilizados no sistema DataSus foram os procedimentos dos códigos da tabela SUS 0407030026 (colecistectomia) e 0407030034 (colecistectomia videolaparoscópica) realizados no período de Junho de 2012 a Junho de 2014 em Belo Horizonte. No sistema GestHos os dados foram obtidos a partir do prontuário eletrônico da Complexo Hospitalar São Francisco (CHSF) – Unidade Concórdia, utilizando os códigos dos procedimentos descritos acima no período citado. **Resultados:** No período analisado foram realizados 8061 procedimentos de colecistectomia ou colecistectomia videolaparoscópicas no município de Belo Horizonte - Minas Gerais pelo SUS, destes, o CHSF realizou 1316, o que corresponde a 16,3% do total de procedimentos realizados, assim o CHSF é o segundo hospital de BH que mais realizou este tipo de procedimento, estando abaixo somente da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte que realizou 1801 procedimentos no mesmo período – (22,3%). Dos pacientes atendidos no CHSF, 1068 (81,1%) são moradores da região metropolitana de BH e 248 (18,9%) das demais regiões do estado de Minas Gerais. A distribuição dos pacientes por faixa etária foi de 6,5% de 13-25 anos; 15,8% de 26 a 35 anos; 27,2% de 36 a 45 anos; 25,3% de 46 a 55 anos; 21,3% de 56 a 65 anos e 8,9% dos pacientes tinham mais que 65 anos. A maioria dos pacientes submetidos a tais procedimentos nesse hospital foram do sexo feminino 85,9%; sendo 14,1% do sexo masculino. A média de dias de permanência de internação hospitalar desses pacientes no CHSF foi de dois dias. **Conclusão:** O CHSF realizou o segundo maior número de procedimentos de colecistectomias em BH e região metropolitana sendo a amostra estatisticamente significativa para futuros estudos epidemiológicos na região, necessários para melhor distribuir e otimizar os recursos de saúde na rede do SUS de Belo Horizonte.

**Palavras-chave:** Colecistectomia; Epidemiologia; Belo Horizonte.

E-mail do autor: alexandremoreiraguimaraes@gmail.com

### 062 - TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÂNCREAS

Garcia DPC<sup>1</sup>; Lemos Filho EP<sup>1</sup>; Viana JLCM<sup>1</sup>; Silveira CR<sup>1</sup>; Furtado TA<sup>1</sup>; Meira RC<sup>1</sup>; Corrêa DB<sup>1</sup>; Barbosa LGC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPG Feluma / Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Relatar o caso de um tumor pancreático incomum, de grande volume, com tratamento cirúrgico bem sucedido, e revisar a literatura do tema. **Método:** Revisão da literatura, relato de caso, consulta a prontuários médicos e mídias. **Resultados:** Trata-se de relato de caso de paciente do sexo feminino, de 21 anos, com volumoso tumor sólido pseudopapilar de pâncreas, em topografia de cabeça, assintomática. Foi descoberta massa epigástrica durante exame físico de rotina. À ultrassonografia, observou-se volumosa massa cístico-sólida em cabeça de pâncreas, bem delimitada. À ressonância magnética, constatou-se volumosa massa em cabeça do pâncreas, de 8,6 cm, com áreas císticas/necróticas em seu interior, determinando compressão sobre estruturas adjacentes, sem invasão e sem evidência de doença à distância. A paciente foi submetida a duodenopancreatectomia cefálica com preservação do piloro. Os exames anátomo patológico e imunohistoquímico confirmaram a hipótese de tumor sólido pseudopapilar de pâncreas. O pós operatório transcorreu sem complicações. Com seis meses de acompanhamento pós operatório, a paciente se encontra estável clinicamente e em seguimento ambulatorial. **Conclusão:** O tumor sólido pseudopapilar de pâncreas, apesar de incomum, tem na sua ressecção uma boa alternativa terapêutica, mesmo em lesões de grande volume.

**Palavras-chave:** Tumor Sólido Pseudopapilar de Pâncreas; Duodenopancreatectomia Cefálica com Preservação do Piloro; Ressonância Magnética, Constatou-se Volumosa massa em cabeça do pâncreas, de 8,6 cm.

E-mail do autor: evandroplemos@hotmail.com

### 063 - RELATO DE COMPLICAÇÃO DO USO DE TELA DE POLIPROPILENO NO TRATAMENTO DE HÉRNIA INCISIONAL

Chiari COC<sup>1</sup>; Lemos Filho EP<sup>1</sup>; Furtado TA<sup>1</sup>; Lemos MA<sup>1</sup>; Morel IEA<sup>1</sup>; Corrêa DB<sup>1</sup>; Barbosa LGC<sup>1</sup>; Meira RC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPG Feluma / Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Relatar uma migração incomum de tela de polipropileno para o trato gastrointestinal após hernioplastia incisional. **Métodos:** Revisão da literatura e revisão de prontuário. **Resultados:** S.A.C.H, feminino, 45 anos, admitida com quadro de drenagem de secreção entérica em região infra umbilical, que se iniciou no pós operatório tardio de hernioplastia incisional com utilização de tela de polipropileno, posicionada entre os dois folhetos do saco herniário, há cinco anos, após transplante renal unilateral realizado há nove anos. Realizado tomografia computadorizada de abdome com visualização de fístula enterocutânea, e áreas de abscesso em mesogastrio. Paciente foi submetida à laparotomia exploradora com visualização da tela de polipropileno migrada para o interior do ceco, sendo retirada a tela, feito avivamento das bordas isquêmicas do ceco e posterior cecorrafia em 2 planos. A cirurgia transcorreu sem intercorrências com bom resultado funcional, em seguimento de quatro meses. **Conclusões:** Migração da tela, e principalmente erosão de órgão é uma complicação rara, podendo ocorrer anos após a cirurgia.

**Palavras-chave:** Migração de Tela; Complicação no Tratamento de Hérnia Incisional; Drenagem de Secreção Entérica em Região Infra Umbilical.

E-mail do autor: droplemos@hotmail.com

#### 064 - INDICAÇÃO INCOMUM DE ESOFAGOCOLOPLASTIA NO TRATAMENTO DO MEGAESÔFAGO AVANÇADO – RELATO DE CASO

Lemos MA<sup>1</sup>; Hubner PNV<sup>1</sup>; Furtado TA<sup>1</sup>; Corrêa DB<sup>1</sup>; Barbosa LGC<sup>1</sup>; Meira RC<sup>1</sup>; Morel IEA<sup>1</sup>; Silveira CR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Felício Rocho IPG Feluma, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Relatar caso de paciente com megaesôfago idiopático avançado recidivado após três abordagens cirúrgicas prévias, submetida a esofagocoloplastia como última opção cirúrgica. **Metodo:** Revisão da literatura, consulta de prontuário médico e exames de imagem. **Resultados:** M.E.S.S., feminino, 37 anos, diagnosticada com acalasia idiopática na adolescência, foi submetida a tratamento cirúrgico em três ocasiões: a primeira abordagem por via torácica, técnica desconhecida, há 20 anos, em outro serviço; em 2006 submetida a esofagocardiomiectomia à heller-pinotti por videolaparoscopia; e em 2011, por via abdominal, técnica de thall ii. Apesar disso, houve recidiva dos sintomas de disfagia, pirose e vômitos alimentares após cada uma das abordagens, com tempo de evolução variável. Evoluiu com perda ponderal importante nos últimos seis meses. Realizado reed que evidenciou megaesôfago avançado - dolico megaesôfago (imagem). Optado então pela realização de esofagocoloplastia retroesternal; ato cirúrgico sem intercorrências. Paciente evoluiu no pós-operatório sem complicações. Realizado estudo contrastado no 6º dpo que evidenciou anastomoses pérvias e ausência de fístulas (imagem). Recebeu alta no 8º dpo com boa tolerância à dieta pastosa. Segue em acompanhamento pós-operatório com boa deglutição e sem queixas relacionadas a refluxo ou disfagia. **Conclusão:** Estudos recentes apontam a esofagectomia como a técnica de escolha para o tratamento do megaesôfago avançado. Entretanto, a esofagocoloplastia com exclusão do esôfago é uma alternativa à ao tubo gástrico no tratamento definitivo do megaesôfago avançado nos casos em que há múltiplas abordagens prévias e inacessibilidade à junção esofago-gástrica.

**Palavras-chave:** Indicação Incomum; Esofagocoloplastia; Megaesôfago Avançado.

E-mail do autor: drmatheuslemons@hotmail.com

#### 065 - ESOFAGOCOLOPLASTIA COMO ALTERNATIVA PARA COMPLICAÇÃO GRAVE DE FUNDOPLICATURA

Lemos MA<sup>1</sup>; Alves AS<sup>1</sup>; Furtado TA<sup>1</sup>; Lemos EP<sup>1</sup>; Corrêa DB<sup>1</sup>; Meira RC<sup>1</sup>; Barbosa LGC<sup>1</sup>; Morel IEA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Felício Rocho IPG Feluma, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Relatar caso de esofagocoloplastia como alternativa para complicação grave de fundoplicatura laparoscópica e revisar na literatura as indicações atuais da esofagocoloplastia. **Metodologia:** Revisão da literatura, consulta a prontuários médicos e a mídias digitais. **Resultados:** O paciente G.I.G.A., 58 anos, do sexo masculino, foi submetido a fundoplicatura em outro serviço. A partir do terceiro dia pós operatório, houve deterioração clínica progressiva devido a fístula esôfago pleural, que foi abordada cirurgicamente por toracotomia direita, descorticação pulmonar, exérese da válvula – esofagogastrectomia segmentar, jejunostomia, drenagem pleural em selo d'água e esofagostomia com dreno em "t". Foi então encaminhado para este serviço após estabilização clínica para avaliação de reconstrução do trânsito gastro intestinal. Após propedêutica, foi realizada esofagocoloplastia via retroesternal às custas do colon direito e transverso. O pós operatório transcorreu de forma satisfatória, o trânsito intestinal foi restabelecido e o paciente retornou gradativamente às atividades regulares. A literatura atual cita o cólon como substituo ao trânsito esofágico somente em caso s excepcionais, quando não é possível a utilização do estômago. Essas situações incluem cirurgia gástrica prévia, cicatrizes de doença ulcerosa péptica ou lesão cáustica e tumores do estômago. O segmento colônico mais utilizado é o colon descendente pela viabilidade de suas arcadas vasculares e pelo comprimento do tubo alimentar que se obtém. A utilização do colon direito, portanto, é situação de exceção, mas que representa alternativa cirúrgica ímpar em determinados casos. **Conclusão:** A esofagocoloplastia é uma excelente alternativa para a reconstrução do trânsito intestinal. Apesar de suas indicações restritas, deve sempre ser lembrada quando não for possível a utilização do estômago para substituição esofágica.

**Palavras-chave:** Esofagocoloplastia; Alternativa; Complicação Grave de Fundoplicatura.

E-mail do autor: drmatheuslemons@hotmail.com

#### 066 - ESOFAGOCOLOPLASTIA NO TRATAMENTO DE ESTENOSE CÁUSTICA DO ESOFAGO

Lemos MA<sup>1</sup>; Alves AS<sup>1</sup>; Furtado TA<sup>1</sup>; Silveira CR<sup>1</sup>; Morel IEA<sup>1</sup>; Barbosa LGC<sup>1</sup>; Meira RC<sup>1</sup>; Corrêa DB<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Felício Rocho IPG Feluma, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Realizar uma revisão da literatura sobre as indicações terapêuticas para estenose cáustica, sem acometimento gástrico ou duodenal. Com evolução para disfagia total. **Métodos:** Revisão da literatura e consulta ao prontuário médico. **Resultados:** Paciente 19 anos, com relato de ingestão de soda cáustica, devido a quadro depressivo e tentativa de auto esterminio. Foi tratada inicialmente em outro serviço a onde foi realizado eda sendo visualizado esofagite cáustica intensa, porém sem acometimento gástrico e duodenal. Evoluindo para disfagia total. Paciente submetida a jejunostomia à witzel, com posterior estenose jejunal identificada a laparotomia exploradora, sendo confeccionado gastrostomia à stamm ,com boa aceitação. Deu entrada nesse serviço após inúmeras tentativas de dilatação edoscópica, sem sucesso. Apresentando com alimentação exclusiva via gastrostomia queixando-se de sialorréia e estável clinicamente. Foi submetida a esofagocoloplastia retroesternal, com anastomose faringo-colonica termino-terminal, cologástrica termino-lateral e colocolônica latero-lateral, associado a apendicectomia preventiva e a jejunostomia à witzel. A incidência do nosso caso foi compatível com a literatura, onde se verifica o maior acometimento de mulheres jovens, com distúrbios psiquiátricos, sendo a substância mais comumente ingerida a soda cáustica, levando a maiores danos ao esôfago do que ao estômago. Na literatura a estenose esofágica tem seu pico aos 2º meses, após a ingestão do líquido. Porém no estudo a estenose ocorreu durante o primeiro mês, levando a um quadro de disfagia total. **Conclusões:** Na experiencia do serviço o tratamento de escolha e a dilatação esofagica, sendo, esse tratamento ineficaz, realiza-se a esofagocoloplastia.

**Palavras-chave:** Ento; Estenose Cáustica do Esôfago; Esofagocoloplastia.

E-mail do autor: drmatheuslemons@hotmail.com

### 067 - BIOMATERIAIS PARA REPARAÇÃO CIRÚRGICA DA PAREDE ABDOMINAL

Cotta BSS<sup>1</sup>; Barbosa CA<sup>1</sup>; Souza ACCR<sup>1</sup>; Silva APO<sup>1</sup>; Silva VBO<sup>1</sup>; Martins MCR<sup>1</sup>; Parisi Filho AA<sup>1</sup>; Gomes LBP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FCMMG, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** Os biomateriais estão presentes em diversos produtos direcionados à área médica interagindo com o sistema biológico e classificados como de origem sintética, natural ou natural modificado. Os materiais implantados provocam interações dinâmica e tecidual onde a biocompatibilidade e a biofuncionalidade devem ser consideradas. O termo parede abdominal (PA) é um termo genérico a todos os tecidos que compõe e delimitam o abdome. As afecções da PA podem ser de origem genética, congênita ou adquirida, sendo as hérnias ventrais as intercorrências cirúrgicas mais comuns. A cirurgia da PA ganhou destaque e interesse nos últimos anos de pesquisadores e da indústria. Os biomateriais são necessários para o reforço e união das bordas dos tecidos e da integridade da PA, canal inguinal, parede torácica, etc., para evitar também as recidivas da solução de continuidade, prevenindo as infecções com satisfatória regeneração dos tecidos. Por isso, o biomaterial pode ser definido como um implante colocado em contato com o tecido e que objetiva recompor uma parte lesada ou auxiliar na sua recuperação. **Método:** Artigos do Medline, acessada pelo PubMed a partir de palavras chaves, o sistema SCIELO, livros e revistas especializadas. **Resultados:** As novas gerações de telas cirúrgicas tem beneficiado o processo de cicatrização, tanto nos casos de perda de substância orgânica, como na fragilidade de PA, entre outros. O avanço na tecnologia de materiais de síntese oferece mais opções, com resultados mais satisfatórios e tecido cicatricial mais resistente, maior flexibilidade e com grau mínimo de aderências, mantendo a fisiologia e a dinâmica da PA. Espera-se que um biomaterial não cause modificação física no tecido ou órgão hospedeiro, seja quimicamente inerte e não carcinogênico, tenha capacidade de resistência às forças mecânicas exista ou esteja disponível em diferentes tamanhos e formatos, e não necessite de reparo após ser realizado o implante. **Conclusão:** Um biomaterial pode ser definido como uma substância natural ou sintética que interage com um tecido vivo durante um período de tempo significativo. A reparação dos tecidos da PA é uma necessidade cirúrgica constante e, nesse sentido, os biomateriais são bastante empregados. No entanto, deve-se atentar para propriedades dos biomateriais, pois podem levar ao risco aumentado de infecção, seroma, obstrução intestinal e falha de reparação devido a um encolhimento da tela e, assim, a necessidade de reoperações na PA.

**Palavras-chave:** Biomaterial; Parede Abdominal; Malha Biológica.

E-mail do autor: brunacotta1@gmail.com

### 068 - ATUALIZAÇÃO NO MANEJO TERAPÊUTICO DA PANCREATITE CRÔNICA

GalvãoTF<sup>1</sup>; Diniz MF<sup>1</sup>; Silveira CMF<sup>1</sup>; Maciel MP<sup>1</sup>; Loures MVR<sup>1</sup>; Carvalho VCL<sup>1</sup>; Souza IKF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto - MG - Brasil

**Objetivo:** A pancreatite crônica (PC) é uma desordem inflamatória progressiva com mudanças funcionais e morfológicas irreversíveis do parênquima pancreático. A doença pode ser assintomática ou apresentar manifestações clínicas diversas, nos quais predomina a dor em abdômen superior que pode ser insidiosa ou abrupta. Nosso objetivo é propor uma sistematização da abordagem terapêutica atual da PC. **Materiais e métodos:** Revisão bibliográfica não sistemática na qual foram estudados 104 artigos publicados entre 2009 e 2014 em periódicos indexados de fator de impacto elevado nas bases de dados Pubmed e Web of Knowledge. **Discussão:** A terapêutica da PC possui o objetivo de diminuir a estimulação pancreática. As evidências clínicas atuais argumentam contra a eficácia da terapia antioxidante, já a suplementação de enzimas pancreáticas é recomendada quando há perda de peso, ou manifestações abdominais atribuíveis à má digestão e má absorção. Administração de vitamina B12, ácido fólico e outros micronutrientes é utilizada em pacientes com esteatorréia a longo prazo. Analgésicos opióides ou anti-inflamatórios não-esteróides é o terceiro passo para o controle da dor. Pregabalina 75 mg duas vezes ao dia causou alívio da dor em 36% dos pacientes com PC. O benefício total da denervação cirúrgica é incerto a longo prazo, já a terapia endoscópica com a finalidade de descompressão do ducto pancreático obstruído é associado à melhora da dor. A litotripsia extracorpórea por ondas de choque é um tratamento eficaz seguro e preferencial na presença de calcificações pancreáticas sem complicações. Dose única de radioterapia externa em 15 pacientes com PC também sugeriu um benefício na melhoria da dor. As técnicas de Beger ou de Frey, com preservação da cabeça do pâncreas, possuem resultados semelhantes em relação à dor, na qualidade de vida, mortalidade e sobrevida média, insuficiência exócrina e reabilitação profissional e são as técnicas mais recomendadas. Caso o paciente não seja tratado devidamente à sobrevida consiste em 70% após 10 anos e 45% após 20 anos de doença, além de estar susceptível a várias complicações. **Conclusão:** Considerando as recentes evidências da literatura, a abordagem do paciente com PC é baseada na intensidade da dor e nas complicações associadas, sendo a cirurgia a técnica utilizada quando o paciente não responde a nenhum tratamento anterior, dentre elas, as técnicas de Beger e Frey são as recomendadas como detalhado no presente trabalho.

**Palavras-chave:** Pancreatite Crônica; Tratamento; Cirurgia.

E-mail do autor: galvaum@gmail.com

### 069 - ÚLCERA HIPERTENSIVA DE MEMBROS INFERIORES – RELATO DE CASO

Oliveira RSG<sup>1</sup>; Cristino MAB<sup>2</sup>; Marinho LR<sup>1</sup>; Souza CRR<sup>1</sup>; Garretto LS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faseh, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** O objetivo do presente trabalho é descrever um caso de úlcera hipertensiva (Martorelli). As úlceras crônicas dos membros inferiores constituem um problema de saúde pública que além de gerar elevados gastos, interferem de maneira direta e negativa na qualidade de vida dos pacientes. São comorbidades de difícil manejo, que requerem abordagem multidisciplinar e demandam um período prolongado de tratamento. Os principais diagnósticos diferenciais envolvem as úlceras por estase venosa, as úlceras neuropáticas, as úlceras decorrentes da doença arterial periférica e as úlceras infecciosas. A úlcera hipertensiva ou de Martorell, foi originalmente descrita em mulheres, entre 50 e 70 anos com hipertensão arterial sistêmica grave. É uma úlcera pouco comum e subdiagnosticada. Clinicamente se apresentam como feridas intensamente dolorosas na face látero-dorsal do tornozelo ou na região do tendão de Aquiles. **Materiais e métodos:** Relato de caso e revisão da literatura. Foram utilizados dados do prontuário e as bases de dados do pubmed para revisão da literatura. **Palavras chaves:** úlcera hipertensiva, úlcera de Martorell. **Relato de caso:** Trata-se de paciente masculino, 74 anos, com lesão extensa em membro inferior esquerdo, localizada na região pré-tibial distal com três meses de evolução. O quadro iniciou após traumatismo local, com evolução progressiva e exposição tendínea. Paciente queixava de dor contínua, de forte intensidade. História de HAS de longa data e difícil controle, tabagismo (50 anos/maço), dissecação de aorta tipo A, submetido a cirurgia com prótese supra coronariana e troca valvar aórtica em 2013. O diagnóstico de úlcera de Martorell foi realizado após, além dos achados clínicos compatíveis, o paciente não apresentar sinais de neuropatia, estigmas de insuficiência venosa crônica ou critérios diagnósticos de Doença Arterial Periférica. **Conclusão:** A úlcera arteriolo-hipertensiva, deve ter seu diagnóstico suspeitado diante de pacientes úlceras dolorosas, localizadas na face externa do terço distal da perna, em pacientes com hipertensão de longa data e difícil controle. Sua fisiopatologia envolve um aumento da resistência vascular periférica decorrente da hipertensão arterial. O resultado é a diminuição da perfusão tecidual e formação de úlceras. Seu tratamento é feito com medidas locais e controle rigoroso da pressão. Em alguns casos resistentes ao tratamento conservador pode ser tentado a simpatectomia e/ou enxertia.

**Palavras-chave:** Úlcera Hipertensiva; Martorell; Úlcera de Membro Inferior.

E-mail do autor: sgoroberta@gmail.com



## 070 - HERNIOPLASTIA FEMORAL POR VIA CRURAL

Souza SG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** Descrever caso de abordagem cirúrgica de hérnia femoral, por via crural, após hernioplastia inguinal à Lichtenstein, em paciente do sexo masculino. As hérnias femorais são raras em homens, sendo a razão entre mulheres e homens de 10:1. A ocorrência dessa patologia incomum, associada a abordagem diferenciada e circunstâncias peculiares apresentadas, torna o caso de interesse científico. **Relato de caso:** Paciente, S.A.M., 74 anos, sexo masculino, com história de hernioplastia inguinal a Lichtenstein à esquerda em 2013, evoluiu com herniação em região crural esquerda, em 2014. As hérnias são protrusões anômalas de tecido intrabdômnal através de um defeito aponeurótico localizado na parede abdominal. Cerca de 75% das hérnias ocorrem na região inguinal (inguinais direta e indireta, femorais). Existem três vias para a correção cirúrgica da hérnia femoral: crural, inguinal e pré-peritoneal, a última das quais inclui as abordagens aberta e laparoscópica. Realizada abordagem cirúrgica por via crural, devido a expectativa de complexidade de abordagem por via inguinal, secundária a provável fibrose desencadeada pela colocação prévia de tela de polipropileno. Feito incisão oblíqua em região crural esquerda, sobre abaçamento, dissecado por planos, identificado saco herniário, reparado e reduzido para a cavidade abdominal. Confeccionado plug com tela de polipropileno, reparado por fio de seda 2.0, suturado medialmente ao ligamento lacunar, superiormente ao ligamento inguinal e inferiormente ao ligamento de Cooper, utilizando fio Prolene 2.0. Realizado fechamento do subcutâneo com fio Sertix 2.0, sutura intradérmica com fio Monocryl 4.0. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório imediato e recebeu alta no primeiro dia pós-operatório. Orientado a repouso relativo e retorno ambulatorial. O paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial. **Resultado:** Apesar da técnica de McVay ser a mais difundida para o tratamento das hérnias femorais, optou-se pela via crural para o reparo cirúrgico da mesma, devido a peculiaridade do caso. A estrutura proporcionada pelo plug de polipropileno é fundamental para prevenção de recidivas. **Conclusão:** A abordagem crural é a mais simples, implica menor dissecação e pode ser executada sob anestesia local. Esta é uma boa opção para hérnias não complicadas em doentes de elevado risco cirúrgico e em doentes com abordagem inguinal prévia. A utilização do plug de polipropileno é fundamental para o sucesso cirúrgico.

**Palavras-chave:** Hérnia; Femoral; Crural.

E-mail do autor: sauloganem@yahoo.com.br

## 071 - LINFADENOMEGALIA CERVICAL: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Servadio FK<sup>1</sup>; Barbosa CA<sup>1</sup>; Medeiros FA<sup>1</sup>; Moreira IC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Introdução:** A presença de tumor cervical pode ser a expressão de doença local, regional ou sistêmica e, por sua vez, pode ter etiologia neoplásica, inflamatória, autoimune, infecciosa, congênita e também traumática. Linfonodos normais são pequenos, móveis e indolores. Linfonodos aumentados ou dolorosos requerem avaliação cuidadosa das regiões pelas quais eles são responsáveis pela drenagem, além de avaliação completa do paciente para distinguirmos se ocorre linfadenomegalia regional, localizada ou generalizada. **Objetivo:** Abordagem diagnóstica das doenças mais prevalentes que conduzem as tumorações cervicais. **Metodologia:** O estudo do diagnóstico da linfadenomegalia cervical foi fundamentado na revisão integrativa, sistemática e crítica da literatura científica. **Discussão:** O pescoço (ou região cervical) é uma região da anatomia humana compreendida entre a cabeça e o tórax e apresenta grande relevância clínica, uma vez que abriga diversas estruturas anatômicas com variadas funções orgânicas. Os linfonodos são estruturas ovóides, discretos, macios, variando de poucos milímetros a 2 cm de extensão. Os linfonodos cervicais são classificados em cinco níveis anatômicos: I áreas correspondentes aos triângulos submandibular (IB) e submentonianol (IA) II, III, IV. Áreas contidas sobre a veia jugular interna, dividindo-se em superiores, médios e inferiores V. linfonodos ao longo do nervo acessório, contidos no triângulo cervical posterior VI. Linfonodos para-traqueais e pré-traqueais, peritireoidianos e pré-cricóides. Praticamente todas podem ser sede de doenças que durante o seu curso clínico produzem algum tumor no pescoço. Inicialmente é muito importante fazer um exame físico acurado e a avaliação das cadeias linfonodais é realizado inicialmente pela palpação cuidadosa. A sensibilidade e a especificidade da palpação é em torno de 60% a 70%, dependendo do local do tumor. **Conclusão:** A primeira conduta em relação ao linfonodo após avaliação clínica é a biópsia. A eleição do procedimento diagnóstico é essencial para uma conduta ajustada.

**Palavras-chave:** Linfadenomegalia Cervical; Diagnóstico; Propedêutica.

E-mail do autor: fekalil@hotmail.com

## 072 - CIRURGIA PLÁSTICA, MAIS QUE ESTÉTICA: RELATO DE CASO

Junqueira LP<sup>1</sup>; Santos KPC<sup>2</sup>; Cunha NC<sup>1</sup>; Barros RF<sup>1</sup>; David EQ<sup>1</sup>; Friedberg BF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unifenas-BH, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Faseh, Vespasiano - MG - Brasil

**Objetivo:** Relatar atendimento realizado no ambulatório de cirurgia da Unifenas-BH, no qual foi realizada reparação de lesão tecidual em hemiface pós ressecção oncológica, usando técnica de rotação de retalho. **Métodos:** Foi realizada revisão bibliográfica sistemática nas bases PubMed, SciELO e UpToDate. E posterior descrição detalhada do caso. **Resultados:** Paciente ADSP, feminina, 54 anos. Encaminhada à cirurgia ambulatorial para retirada de lesão ulcerada, pardacenta, infiltrativa, eritematosa, indolor, apresentando sangramentos esporádicos, sugestiva de carcinoma. Tamanho 1,7 x 1,6 cm acometendo borda nasal esquerda e terço do lábio superior com evolução de 5 anos. Optou-se pela retirada total da lesão e envio para estudo histológico. **Discussão:** O carcinoma basocelular é a lesão maligna de pele mais comum, originando-se em células basais da epiderme. Acredita-se que a etiologia seja mutação devido à exposição à radiação solar e radioterapia. **Conclusões:** Neste relato de caso, o tratamento cirúrgico permitiu a exérese completa do tumor, evitando recidivas. O avanço do retalho cutâneo possibilitou a reparação da extensa lesão, com menor comprometimento estético possível, pois, a cirurgia plástica, também denominada cirurgia reparadora, reconstrutora, corretiva ou estética, apresenta características que a distingue das demais. A abordagem oferecida para o tratamento desta paciente revela o alcance da cirurgia plástica muito além dos procedimentos estéticos.

**Palavras-chave:** Carcinoma Basocelular; Retalho Miocutâneo; Estética.

E-mail do autor: lawrencepj3@hotmail.com

### 073 - NEFRECTOMIA TRANSVAGINAL HÍBRIDA: COMBINAÇÃO DAS TÉCNICAS DE NOTES E MINILAPAROSCOPIA

Campos MEC<sup>1</sup>; Nishimoto RH<sup>1</sup>; Soares AV<sup>1</sup>; Oliveira FESG<sup>2</sup>; Valim FC<sup>2</sup>; Costa MR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Unifenas-BH, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com exclusão renal direita submetida à nefrectomia transvaginal híbrida por NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) assistido por minilaparoscopia. **Métodos:** Descrevemos uma nefrectomia transvaginal híbrida por NOTES, uma cirurgia endoscópica transluminal através de orifícios naturais, assistido por minilaparoscopia, que também é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva que difere da consagrada cirurgia laparoscópica pela utilização de instrumentais de calibre muito menor. A operação híbrida foi realizada em uma paciente, de 45 anos, com pielonefrite de repetição e uropatia obstrutiva à direita, de longa data, devido cálculo, de 3,2 x 2,7 x 2,9 cm, impactado em junção ureteropélvica, resultando em exclusão renal ipsilateral. O procedimento foi realizado com trocarte de 11mm na vagina, três trocartes de 3mm no hipocôndrio direito e um trocarte de 5mm em cicatriz umbilical para inserção da ótica. Os vasos renais foram isolados e laqueados separadamente com cliques Hem-o-lok® introduzidos pelo trocarte de 11 mm situado na vagina. Após a nefrectomia realizada com auxílio de pinças minilaparoscópicas convencionais, o rim direito foi retirado através da vagina pelo fundo de saco de Douglas. **Resultados:** A técnica híbrida, com NOTES combinado à minilaparoscopia, permitiu um procedimento minimamente invasivo e evitou incisões abdominais maiores para extração renal, proporcionando um excelente resultado estético. A operação foi realizada sem intercorrências, em um tempo aproximado de 150 minutos e houve uma perda sanguínea estimada de 150mL. O tempo de internação da paciente foi de 24 horas. Houve necessidade de apenas pequena quantidade de analgésicos no pós-operatório imediato. A análise histopatológica do rim não mostrou características de malignidade. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sem queixas de dispareunia e sem sinais de infecção. **Conclusões:** Em mãos de cirurgiões laparoscópicos experientes, a nefrectomia transvaginal híbrida por NOTES assistido por minilaparoscopia é factível e segura. A utilização de uma técnica híbrida facilitou a realização da nefrectomia em relação ao NOTES puro, mantendo os benefícios do acesso minimamente invasivo.

**Palavras-chave:** Notes; Minilaparoscopia; Nefrectomia.

E-mail do autor: camposmec@yahoo.com.br

### 074 - EXTRAÇÃO RENAL EM NEFRECTOMIA LAPAROSCÓPICA: TÉCNICA DE MORCELAÇÃO COM BAIXO CUSTO

Campos MEC<sup>1</sup>; Nishimoto RH<sup>1</sup>; Magalhães RA<sup>1</sup>; Oliveira FESG<sup>2</sup>; Valim FC<sup>2</sup>; Costa MR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Unifenas-BH, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Descrever uma nefrectomia laparoscópica com uma técnica alternativa de morcelação para extração renal. **Métodos:** Relatamos o caso de uma paciente, de 15 anos, com exclusão renal esquerda devido estenose de junção ureteropélvica, submetida à nefrectomia videolaparoscópica e utilizada uma técnica de morcelação, com custo reduzido, para extração renal. O procedimento foi realizado com um trocarte de 10mm em cicatriz umbilical para inserção da ótica, um trocarte de 11mm em hipocôndrio esquerdo e um trocarte de 5mm em região subcostal esquerda. Os vasos renais foram isolados e laqueados separadamente com cliques Hem-o-lok®. Após a nefrectomia laparoscópica, o rim esquerdo foi colocado no interior de um “punho de luva” e este foi parcialmente exteriorizado através do trocarte de 11mm. Com o auxílio de uma pinça cirúrgica Kelly para tracionar o rim e uma pinça cirúrgica Allis para realizar o morcelamento extracorpóreo do mesmo, o espécime operatório foi completamente removido pela incisão de 11mm. Durante todo o procedimento, manteve-se a visualização intraperitoneal do “punho de luva” para prevenir lesões inadvertidas de estruturas intra-abdominais. **Resultados:** A extração do rim pela técnica de morcelação evitou uma incisão abdominal maior, proporcionando um melhor resultado estético. A operação foi realizada sem intercorrências, em um tempo total de 120 minutos. O tempo de extração renal foi de 29 minutos. Foram utilizados o “punho de luva” para ensacar o rim e pinças cirúrgicas convencionais para o morcelamento, proporcionando uma considerável redução do custo deste procedimento que geralmente utiliza materiais especiais, como Endobag® e Kit Morcelador®. A perda sanguínea estimada foi de 50mL. Houve necessidade apenas de pequena quantidade de analgésicos no pós-operatório imediato. A análise histopatológica do rim não mostrou características de malignidade. O tempo de internação da paciente foi menor que 24 horas. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sem complicações nas incisões abdominais. **Conclusões:** A utilização de uma técnica de morcelação para extração renal permitiu alcançar os potenciais benefícios dos procedimentos minimamente invasivos, como o menor sangramento, a menor necessidade de analgesia pós-operatória, menor tempo de internação, com um excelente resultado estético, por eliminar a necessidade de grandes incisões abdominais para remoção do rim. Em casos selecionados, esta técnica de baixo custo é factível e segura.

**Palavras-chave:** Morcelação; Nefrectomia Laparoscópica; Extração Renal.

E-mail do autor: camposmec@yahoo.com.br

### 075 - HERNIORRAFIA INGUINO-ESCROTAL BILATERAL GIGANTE RECIDIVADA PELA TÉCNICA DE STOPPA - RELATO DE CASO

Ferreira LL<sup>1</sup>; Braga GM<sup>1</sup>; Bento SV<sup>1</sup>; Aguiar Junior MC<sup>1</sup>; Carvalho TRW<sup>1</sup>; Rocha MA<sup>1</sup>; Reis MPFCA<sup>1</sup>; Prado DL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Socor, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** relato de um caso de hérnia inguino-escrotal bilateral gigante recidivada (primeira intervenção por técnica de Lichtenstein com tela de Marlex há 20 anos) reabordada pela técnica de Stoppa. **Método:** paciente SSJ, sexo masculino, 92 anos, portador de hérnia inguino-escrotal gigante recidivada com comprometimento de suas atividades diárias associado à invaginação peniana no saco escrotal, retenção urinária exigindo uso de sonda vesical de demora e infecção urinária de repetição. Submetido à herniorrafia pela técnica de Stoppa modificada em 30/01/2014 que consiste na redução de ambas as hérnias inguinais por incisão mediana infraumbilical seguida do implante de tela de Marlex grande em região pré-peritoneal, abaixo de toda musculatura da parede abdominal anterior. **Resultado:** a técnica de Stoppa baseia-se no princípio de Pascoal, entendendo que toda pressão intra-abdominal é distribuída uniformemente por toda a tela implantada que, neste sentido, funciona como uma nova fásia abdominal. O resultado observado no pós-operatório foi a resolução total das hérnias, porém ocorreu o desenvolvimento de hidrocele em ambos sacos escrotais que foi tratada conservadoramente com sucesso com punções. Paciente retornou para ao seu convívio familiar com melhora de sua mobilidade e capacidade funcional. **Conclusão:** a recidiva das hérnias inguino-escrotais de grande volume constitui-se em um desafio técnico cirúrgico e necessita de abordagem diferenciada específica. A técnica de Stoppa exige maior habilidade técnica, porém os resultados pós-operatórios são muito satisfatórios o que estimula o seu emprego em casos selecionados.

**Palavras-chave:** Stoppa; Hérnia Inguinal; Hérnia Recidivada.

E-mail do autor: drthiagorwc@gmail.com

### 076 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TUMORES NEUROENDÓCRINOS DO APÊNDICE CECAL

Silva APO<sup>1</sup>; Barbosa CA<sup>1</sup>; Cotta BSS<sup>1</sup>; Souza ACCR<sup>1</sup>; Vieira RF<sup>1</sup>; Freire AFS<sup>1</sup>; Gonçalves AA<sup>1</sup>; Vieira JM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade Ciências Médicas Minas Gerais, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Introdução:** Os tumores neuroendócrinos (TNE) são neoplasias derivadas de células neuroendócrinas, que possuem a capacidade de sintetizar e liberar polipeptídeos, aminas biogênicas e prostaglandinas. Atualmente, 90% dos pacientes portadores de TNE são diagnosticados incorretamente, sendo tratados em média durante cinco a sete anos indevidamente como uma doença diferente. O apêndice cecal é o segundo sítio mais frequente de surgimento dos TNE em todo o trato digestivo, com uma frequência relativa de 25%-30%. Geralmente, são diagnosticados incidentalmente durante apendicectomias ou outras cirurgias abdominais. A apendicectomia simples é o tratamento cirúrgico de rotina e proporciona a cura na maioria dos casos. **Objetivos:** Introduzir conceitos de TNE apendicular, descrever a anatomia do apêndice neuroendócrino e correlacionar a anatomia ao tratamento cirúrgico dos TNE de apêndice. **Métodos:** Revisão de literatura baseada em livros especializados e artigos científicos encontrados nas bases de dados Pubmed e Scielo, nacionais e internacionais, a partir de palavras-chaves padronizadas por meio de buscas no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde). **Resultados:** os TNE de apêndice são tumores únicos e com um padrão bem distinto. Caracterizam-se por serem relativamente frequentes, entre os tumores neuroendócrinos, de pequeno tamanho tumoral e, geralmente, com comportamento indolente e pouco agressivo. Quando houver suspeita do diagnóstico de TNE ou quando o mesmo já tiver sido confirmado através de cirurgia e exame anatomopatológico, alguns exames devem ser realizados, como a dosagem de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA). Nos tumores pequenos e desprovidos de caráter invasivo, a simples apendicectomia será suficiente para o tratamento definitivo da lesão. Porém, há tumores mais agressivos que invadem a parede cecal, lesões maiores que 2 cm de diâmetro e invadem linfonodos, exigindo uma intervenção cirúrgica maior como a hemicolectomia direita com linfadenectomia. Nos casos em que há possibilidade de uso de análogos de somatostatina, recomenda-se a realização da colecistectomia profilática, face ao alto percentual de colelitíase decorrente desse tratamento. **Conclusão:** os TNE apendiculares são relativamente raros e de bom prognóstico. Apesar da baixa incidência, seu conhecimento é de suma importância, pois ao se deparar com essa patologia o médico estará preparado para realizar o correto diagnóstico e tratamento, aumentando a sobrevida e a qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** Tumor Neuroendócrino; Apêndice Neuroendócrino; Apendicectomia.

E-mail do autor: paulaolivesilva@gmail.com

### 077 - HÉRNIA INGUINAL E FEMORAL CONCOMITANTES - RELATO DE CASO

Faleiro GPL<sup>1</sup>; Fonseca GS<sup>1</sup>; Nishiyama MP<sup>1</sup>; Ignacchiti C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitário São José - BH Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** Apresentar a importância de investigar bem as hérnias da região inguino-crural para diagnosticar a concomitância de hérnia inguinal e femoral e não deixar passar despercebido. **Métodos:** relato de caso operado pelo serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário São José - BH. **Resultados:** A presença de hérnia inguinal e femoral concomitantes é um achado pouco comum, acontecendo mais frequentemente entre as mulheres. **Relato de caso:** paciente com diagnóstico de hérnia femoral e hérnia inguinal a esquerda, submetida a inguinotomia, sendo evidenciada hérnia inguinal e femoral. Realizado tratamento da hérnia inguinal pela técnica de Lichtenstein e feito o tratamento da hérnia femoral pela técnica de Mac Vay. **Conclusão:** Apesar de pouco comum, a presença de hérnia inguinal e femoral concomitantes deve ser investigada, para que, sendo diagnosticada antes do ato operatório se possa planejar melhor o ato operatório.

**Palavras-chave:** Hérnia; Inguinal; Femoral.

E-mail do autor: gabriellarafaleiro@hotmail.com

### 078 - NERVO LARÍNGEO INFERIOR NÃO-RECORRENTE - RELATO DE CASO

Faleiro GPL<sup>1</sup>; Fonseca GS<sup>1</sup>; Nishiyama MP<sup>1</sup>; Ignacchiti C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitário São José - BH Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** Apresentar a importância da identificação do nervo laríngeo inferior não recorrente em cirurgias cervicais para a sua preservação. **Métodos:** relato de caso operado pelo serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário São José - BH. **Resultados:** O nervo laríngeo inferior não recorrente é uma variação anatômica pouco comum, podendo ocorrer com o nervo laríngeo inferior direito. **Relato de caso:** paciente com diagnóstico de bócio colóide, submetida a tireoidectomia total. Durante o ato operatório, foi identificado o nervo laríngeo inferior não recorrente, que foi isolado e preservado. **Conclusão:** A identificação do nervo laríngeo inferior, seja recorrente ou não, é importante para a sua preservação durante o ato cirúrgico.

**Palavras-chave:** Nervo; Laríngeo; Recorrente.

E-mail do autor: gabriellarafaleiro@hotmail.com

### 079 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FIBROSE RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA COMPLICADA COM OBSTRUÇÃO URETERAL - RELATO DE CASO

Mendonça ACG<sup>1</sup>; Marques LFPL<sup>1</sup>; Lacerda KD<sup>1</sup>; Matias COF<sup>1</sup>; Silva EN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Introdução:** A fibrose retroperitoneal (FR) é uma condição rara, caracterizada por tecido fibro-inflamatório de crescimento lento que encarcera estruturas retroperitoneais. Doença de etiopatogenia idiopática ou secundária a uso de drogas, infecções, neoplasias, irradiação, manipulação cirúrgica. Quadro clínico inespecífico, sendo obstruções do trato urinário as manifestações mais frequentes. A tomografia computadorizada e ressonância magnética são exames de eleição, sendo a biópsia necessária para diagnóstico definitivo. O tratamento, ainda sem consenso, pode ser clínico e/ou cirúrgico, e objetiva aliviar obstrução, remover a causa primária ou parar progressão do processo fibrótico. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente do sexo feminino, 49 anos, com relato de dor em flanco e hipocôndrio direito com irradiação lombar iniciada em fevereiro de 2014. Previamente hígida, sem uso de medicações com relato de salpingotripsia há 22 anos. Avaliação inicial por ultrassonografia de abdome, seguida de Tomografia Computadorizada, evidenciou rim direito hipocaptante, massa de contornos lobulados, densidade de partes moles, e encarceramento de terço médio do ureter acima do cruzamento com os vasos ilíacos, aderida ao músculo psoas, medindo 4,8 x 2,9 x 2,6 cm com moderada dilatação a montante. Submetida a laparoscopia e ureterocistoscopia diagnósticas com realização de biópsias de lesão retroperitoneal e endoureteral. Não houve progressão de cateter duplo J devido a acometimento total do lúmen ureteral. Cintilografias renais estática e dinâmica evidenciaram rim direito acaptante com exclusão funcional. Paciente submetida a nefroureterectomia direita em mesma internação com alta no 1º DPO. **Métodos:** Análise de prontuário médico e revisão da literatura. **Resultados:** Estudo anatomopatológico de ambas as lesões evidenciou tecido fibroconjuntivo com áreas de necrose, infiltrado crônico, raras células gigantes, ausência de malignidade, pesquisa de BAAR negativa. Paciente em boa evolução pós-operatória, assintomática, sem uso de corticóides, mantém acompanhamento pelas equipes de cirurgia geral, urologia e nefrologia. **Conclusão:** A FR constitui uma alteração incomum em topografia de difícil diagnóstico com importantes repercussões clínicas. O tratamento objetiva preservar a função das estruturas retroperitoneais, seja com imunossupressão ou abordagem cirúrgica descompressiva. O presente relato exemplifica as consequências negativas de um diagnóstico tardio.

**Palavras-chave:** Fibrose Retroperitoneal; Obstrução Ureteral; Dor Abdominal.

E-mail do autor: carolgulimendonca86@hotmail.com

### 080 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEGAESÔFAGO CHAGÁSICO E IDIOPÁTICO: ABORDAGEM CLÁSSICA E CONTROVÉRSIAS ATUAIS

Souza IKF<sup>1</sup>; Costa BAS<sup>1</sup>; Oliveira NS<sup>1</sup>; Silva TM<sup>1</sup>; Fortes JCL<sup>1</sup>; Liboreiro IN<sup>1</sup>; Sefair LR<sup>1</sup>; Souza MCF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UFOP, Ouro Preto - MG - Brasil

**Introdução:** Estima-se que cerca de 10 milhões de pessoas estejam afetadas pela doença de Chagas no Brasil e cerca de 5% a 8% delas desenvolverão megaesôfago. A fisiopatologia dessa doença está relacionada ao comprometimento dos plexos mioentéricos da muscular própria do órgão causado pela atividade do T. cruzi, que é responsável pelas alterações motoras da musculatura do órgão levando a posterior dilatação de sua parede. **Objetivos:** Apresentar a modalidades cirúrgicas atualmente empregadas no tratamento do Megaesôfago Chagásico e idiopático, bem como, as controvérsias apontadas pelas evidências atuais. **Métodos:** Revisão não sistemática da literatura a partir das bases de dados: SciELO, PubMed e UpToDate, com ênfase em 18 artigos publicados entre 2002 e 2014, em periódicos indexados. **Resultados:** Dependendo do grau de acometimento, o tratamento do Megaesôfago Chagásico pode ser puramente clínico, com medidas higienodietéticas e medicamentosas, sendo a indicação cirúrgica bem estabelecida em alguns casos. Dos vários procedimentos terapêuticos preconizados, quando indicado, o cirúrgico proporciona alívio dos sintomas, melhora o estado nutricional do paciente e preveni o aparecimento de complicações. A escolha da técnica adequada é individualizada e dependente do estágio em que a doença se encontra, variando dos graus I a IV. Para o megaesôfago de grau I e de grau II a Esofagocardiomiectomia à Heller e a Esofagocardiectomia com Funduplicatura (Operação de Pinotti) são as mais empregadas. No megaesôfago grau III e no de grau IV, podem ser indicados a esofagectomia Subtotal, a técnica de Thal-Hatafuku-Maki, a técnica de Serra-Dória ou, em casos selecionados, abordagens endoscópicas específicas. **Conclusões:** O estudo dos fatores associados a melhores ou a piores resultados, bem como as controvérsias existentes sobre no tratamento cirúrgico do megaesôfago (chagásico ou idiopático) nos permite concluir que: as cardiomiectomias têm bons resultados para os Graus I a III; as complicações cirúrgicas são maiores com o aumento do grau do megaesôfago, embora isso também pareça refletir o impacto da modalidade cirúrgica (cardiomiectomia para os graus I a III; esofagectomia ou mucossectomia no grau IV). A cirurgia em pacientes de etiologia chagásica teve resultados pouco piores que nos pacientes idiopáticos; a associação de outras doenças do tubo digestivo pode ser considerada um fator prognóstico ruim para o resultado pós-operatório.

**Palavras-chave:** Megaesôfago; Acalasia; Chagas.

E-mail do autor: tayllamendes@hotmail.com

### 081 - AVALIAÇÃO DA PROTEÇÃO DA TELA DE POLIPROPILENO COM MEMBRANA AMNIÓTICA NO TRATAMENTO DOS DEFEITOS DA PAREDE ABDOMINAL DE RATAS

Barbuto RC<sup>1</sup>; Moraes SHF<sup>2</sup>; Calvão Neto A<sup>2</sup>; Duval-Araujo I<sup>1</sup>; Duarte IGL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina da UFMG Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Universidade José do Rosário Vellano - Unifenas/Bh, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Introdução:** A correção dos defeitos da parede abdominal tem sido realizada com tela de polipropileno. Quando posicionada no plano pré-peritoneal, nem sempre é possível cobrir toda a superfície da tela com peritônio. A tela em contato com tecidos intra-abdominais propicia a formação de aderências e fístulas. A membrana amniótica pode ser uma alternativa para sua cobertura. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da membrana amniótica na proteção da tela de polipropileno contra a formação de aderências. **Materiais e métodos:** 25 ratas Wistar foram distribuídas em três grupos experimentais: Controle (n=11), Estudo A (n=07) e Estudo B (n=07). Foi criado um defeito na parede abdominal anterior desses animais, corrigido posteriormente com tela de polipropileno. No Controle, a tela foi inserida na posição intra-abdominal, em contato com a parede, sem nenhuma proteção. No grupo A, a tela também foi inserida na posição intra-abdominal, sendo interposta uma camada de membrana amniótica entre a tela e a parede abdominal. No grupo B, a tela foi inserida na posição intra-abdominal, em contato com a parede e, sobre a tela, a membrana amniótica. A membrana amniótica foi obtida da placenta de coelha da raça "New Zeland". Após sete dias, os animais foram eutanasiados para observação das alterações macroscópicas e microscópicas. **Resultados:** Aderências foram observadas em todos os animais, exceto um do grupo Controle. Inflamação acentuada foi observada em todos os animais dos grupos A e B e em apenas três do Controle, com diferença entre o Controle e os grupos A (p=0,01) e B (p=0,01). Verificou-se acentuada angiogênese em um animal Controle, seis do Grupo A e quatro do grupo B, com diferença entre o Controle e os grupos A (p=0,002) e B (p=0,05). Houve predomínio do colágeno tipo maduro em relação às fibras imaturas em todos os grupos, exceto em cinco animais Controle, observando-se diferença entre o Controle e os grupos A (p=0,05) e B (p=0,05). **Conclusão:** A membrana amniótica não alterou a formação de aderências no tempo estudado. Porém, associou-se a inflamação acentuada, a elevada angiogênese e ao predomínio de fibras colágenas maduras, independentemente do plano anatômico de inserção. **Suporte:** PROBIC/UNIFENAS.

**Palavras-chave:** Membrana Amniótica; Defeito da Parede Abdominal; Aderências Abdominais.

E-mail do autor: rbarbuto@ig.com.br

## 082 - PNEUMOPERITÔNIO NO PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DE HÉRNIAS INCISIONAIS GIGANTES COM PERDA DE DOMICÍLIO

Barbuto RC<sup>1</sup>; Marinho DRT<sup>1</sup>; Lima Filho A<sup>1</sup>; Nascimento SZ<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Instituto Alfa de Gastroenterologia/Hospital Das Clínicas/UFMG - IAG/HC/UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil*

**Introdução:** O tratamento das hérnias incisionais gigantes com perda de domicílio abdominal constitui um desafio para os cirurgiões devido aos elevados índices de recidiva e complicações pós-operatórias. Dentre as complicações mais temidas encontra-se a Síndrome de Compartimento Abdominal causada pelo efeito do aumento agudo da pressão intra-abdominal sobre os órgãos abdominais, pulmões e circulação sistêmica. Para minimizar esses efeitos várias técnicas têm sido utilizadas no preparo pré-operatório desses pacientes, dentre elas, a ressecção de vísceras (viscerorredução), uso de cinta abdominal compressiva e o pneumoperitônio. Destas, talvez o pneumoperitônio seja a técnica mais utilizada pelos cirurgiões pela sua efetividade. **Relato de caso:** No ambulatório de Parede Abdominal e Retroperitônio do IAG/HC/UFMG acompanhamos o paciente L.G., 59 anos, com história de hérnia incisional gigante, com perda de domicílio secundária a laparotomia exploradora realizada em 2012 para tratamento de abdome agudo perfurativo. No preparo pré-operatório foi realizado pneumoperitônio progressivo por oito dias consecutivos, com injeção diária intra-abdominal de ar ambiente, totalizando volume de 6420 mL de ar injetado. Para injeção do ar um cateter monolumen foi inserido na fossa ilíaca esquerda por meio de punção guiada por ultrassonografia. A hernioplastia incisional foi realizada com a interposição dos retalhos laterais do saco herniário, reforçada por duas próteses (uma de polipropileno e outra bioabsorvível - GORE® BIO-A® Tissue Reinforcement) e drenagem do espaço subcutâneo com dreno a vácuo. Apresentou evolução pós-operatória satisfatória, com boa aceitação da dieta oral a partir do segundo dia de pós-operatório, recebendo alta hospitalar no nono dia de pós-operatório. **Conclusão:** O pneumoperitônio progressivo é uma técnica de fácil execução, segura e de baixo custo para o preparo pré-operatório de pacientes com hérnia incisional gigante com perda de domicílio. Ele distende os músculos da parede abdominal aumentando o volume da cavidade e elevando a pressão intra-abdominal de forma gradual. Isso estabiliza a forma e a função diafragmática, melhorando o padrão ventilatório. Além disso, produz a lise pneumática das aderências intestinais mais frouxas e melhora a circulação portal, mesentérica e intestinal, para receber de volta as vísceras na cavidade abdominal.

**Palavras-chave:** Pneumoperitônio; Hérnia Incisional; Preparo Pré-operatório.

E-mail do autor: rbarbuto@ig.com.br

## 083 - CARCINOMA SEROSO DO PERITÔNIO: RELATO DE CASO E AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Barbuto RC<sup>1</sup>; Dalmaso VC<sup>1</sup>; Cunha-Melo JR<sup>1</sup>; Azevedo PHR<sup>1</sup>; Laboissiere RS<sup>1</sup>; Nascimento SZ<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Instituto Alfa de Gastroenterologia/Hospital Das Clínicas/UFMG - IAG/HC/UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil*

**Introdução:** O carcinoma seroso primário do peritônio é uma neoplasia maligna rara descrita por Swerdlow em 1959. Sua gênese não é bem determinada, pois a camada epitelial do ovário e do peritônio têm origem embrionária comum, tornando difícil a diferenciação com o carcinoma de ovário seroso primário. **Objetivo:** O objetivo dos autores é discutir os aspectos clínico-cirúrgicos, patológicos e de imagem do carcinoma seroso, motivado pelo diagnóstico realizado em uma paciente acompanhada no ambulatório do IAG. **Relato de caso:** R.M.R, feminino, 49 anos, moradora da zona rural, procurou atendimento médico em decorrência de volumosa massa em região abdominal que causava desconforto ao cavalgar. Relatado por familiares que a massa abdominal progrediu com aumento de volume ao longo de 10 anos, sem que houvesse qualquer intervenção médica por recusa da paciente. Sem antecedentes de outras patologias associadas, negava perda ponderal. Propedêutica diagnóstica realizada com Ressonância Nuclear Magnética (RNM) que evidenciou volumosa massa de conteúdo sólido-cístico e aspecto mucinoso, em parede abdominal estendendo-se até a pelve. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, com achado relevante, além do volumoso tumor havia linfonodomegalia inguinal bilateral. Destacando-se na investigação laboratorial, resultado elevado de CA 125 (cancer antigen 125) de 1980U/mL. Realizada biópsia de linfonodo inguinal a esquerda, cujo resultado anatomopatológico sugeriu neoplasia de ovário. Realizada laparotomia exploradora com ressecção de volumoso tumor (7,5kg) aderido à parede anterior do abdome, com achado intracavitário de preservação da anatomia ovariana bilateral e comprometimento macroscópico da cadeia linfonodal inguinal bilateral. Considerando doença residual em sítio cirúrgico. Reconstrução da parede abdominal lateral e anterior com tela dupla face (Proceed-Ethicon) em contato com a cavidade abdominal e superiormente revestida com tela Polipropileno. Recebeu alta hospitalar no décimo quinto dia de pós-operatório. Exame anátomo-patológico diagnosticou Carcinoma Seroso de Alto Grau, com imuno-histoquímica marcando D2-40. Atualmente faz tratamento quimioterápico. **Conclusão:** Constatamos que as características clínicas e histopatológicas imprecisas tornam o diagnóstico e tratamento dos tumores serosos do peritônio indefinidos. Seu prognóstico é ruim, com taxa de sobrevivência média de 23,1 meses, variando de 0-26,5% em cinco anos.

**Palavras-chave:** Carcinoma Seroso; Peritônio; Tela de Polipropileno

E-mail do autor: rbarbuto@ig.com.br

## 084 - HERNIOPLASTIA INCISIONAL ASSOCIADA A ABDOMINOPLASTIA EM TEMPO OPERATÓRIO ÚNICO NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Barbuto RC<sup>1</sup>; Moreira GR<sup>1</sup>; Lopes PVA<sup>1</sup>; Nascimento SZ<sup>1</sup>; Scala FD<sup>2</sup>; Casali TG<sup>2</sup>; Chiari Júnior A<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Instituto Alfa de Gastroenterologia/Hospital Das Clínicas/Ufmg - IAG/HC/UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Serviço de Cirurgia Plástica / Hospital Das Clínicas / UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil*

**Introdução:** O desenvolvimento de hérnia incisional é frequente nos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica por laparotomia. A literatura médica ainda é controversa em relação à abordagem dessa complicação. Alguns autores defendem a realização da hernioplastia incisional e da abdominoplastia em tempos cirúrgicos distintos, embasados na elevação da taxa de complicações. Porém, outro grupo de cirurgiões afirma que a realização dos dois procedimentos simultaneamente pode ser feita sem aumento considerável das taxas de complicações e com maior conforto e satisfação do resultado final pelo paciente. **Objetivo:** Nosso objetivo é discutir as opções de tratamento cirúrgico dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica que evoluíram com hérnia incisional. **Metodo:** A.A.F., 39 anos, foi submetido à cirurgia bariátrica (por via laparotômica) pela técnica de Sleeve em 2011. Evoluiu no pós-operatório com perda ponderal importante (cerca de 50kg) e desenvolvimento de hérnia incisional volumosa e abdome em avental. Vinha sendo acompanhado pelo Grupo de Parede Abdominal e Retroperitônio do IAG/HC/UFMG, sendo proposta a realização de hernioplastia incisional e abdominoplastia em tempo operatório único. À época da operação o paciente apresentava IMC=30 kg/m<sup>2</sup>. A hernioplastia incisional foi realizada com inserção de tela de polipropileno em posição pré-peritonial e, em seguida, efetuou-se a abdominoplastia, com ressecção de aproximadamente 3.800 kg de pele e tecido subcutâneo e drenagem à vácuo no espaço subcutâneo. O paciente evoluiu com dispneia leve e dor no sítio cirúrgico nos dois primeiros dias de pós-operatório, com drenagem média de 150mL/24h de secreção sero-hemática pelo dreno a vácuo. Recebeu alta hospitalar no quarto dia pós-operatório com resolução dispneia, melhora importante da dor e drenagem inferior a 48 ml/24h, quando o dreno foi retirado. Vem fazendo acompanhamento ambulatorial regular, não sendo observada formação de seroma, hematoma ou infecção do sítio cirúrgico no pós-operatório. **Conclusão:** Apesar do aumento do tempo cirúrgico, a hernioplastia incisional associada à abdominoplastia em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica pode ser realizada em tempo único sem aumento significativo de complicações pós-operatórias. Para isso é necessário um bom preparo pré-operatório levando-se em conta principalmente a compensação clínica das doenças associadas e a estabilização do peso com manutenção da mesma faixa de IMC por pelos menos três meses.

**Palavras-chave:** Hernioplastia Incisional; Abdominoplastia; Cirurgia Bariátrica.

E-mail do autor: rbarbuto@ig.com.br

### 085 - ABDOME AGUDO PERFURATIVO POR CORPO ESTRANHO - RELATO DE CASO

Radd DAF<sup>1</sup>; Hubner CS<sup>1</sup>; Calazans LC<sup>1</sup>; Peixoto MTR<sup>1</sup>; Valerio RC<sup>1</sup>; Leão RG<sup>1</sup>; Santana DP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Life Center, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Discorrer acerca da importância do diagnóstico diferencial em abdome agudo perfurativo através de um relato de caso de uma paciente admitida na urgência com quadro de perfuração colônica por ingestão de corpo estranho. Conscientizar os profissionais de saúde da importância de um rápido diagnóstico e tratamento eficaz da patologia. **Métodos:** Relato de caso de paciente admitida no serviço de urgência de um hospital em Belo Horizonte com quadro de abdome agudo perfurativo por ingestão de corpo estranho. **Resultados:** Paciente obesa, 45 anos, procurou o Pronto Socorro com quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita. Passado cirúrgico de apendicectomia, gastroplastia e colecistectomia. Ao exame físico, estável clínica e hemodinamicamente, abdome globoso, peristáltico, doloroso à palpação, com sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais com leucocitose sem desvio. Realizou TC abdome que evidenciou sinais de apendicite aguda em coto apendicular. Encaminhada ao bloco cirúrgico com proposta de apendicectomia do coto por videolaparoscopia. Durante o inventário da cavidade, identificado ceco sem alterações, colon ascendente bloqueado, aderido à parede abdominal. Após desfeitas aderências, encontrou-se abscesso em terço proximal do cólon ascendente associado à perfuração por corpo estranho (palito de dente). Retirado corpo estranho e aspirado abscesso, suturado cólon, epiplonoplastia e deixado dreno siliconado na cavidade abdominal. Paciente evoluiu bem no pós-operatório, dreno funcionante com pequeno volume de secreção hemática. Iniciado dieta líquida restrita no 2º DPO com boa tolerância, eliminações fisiológicas preservadas. Recebeu alta hospitalar no 5º dia de internação, com proposta de retirada de dreno no consultório. **Conclusões:** As complicações abdominais decorrentes da ingestão de corpo estranho são frequentes e o palito de dente está entre os materiais mais comuns, juntamente com ossos de frango e peixe. O tempo de evolução dos sintomas é muito variável, desde dias a anos e maioria dos pacientes não se recorda da ingestão de corpos estranhos e a história de cirurgias prévias é um importante fator de confusão do diagnóstico devido à presença de aderências e estreitamentos no intestino. O pneumoperitônio é raro nesses casos de abdome agudo perfurativo o que dificulta ainda mais o diagnóstico. Por isso, deve-se atentar para este diagnóstico diferencial para que o tratamento correto seja instituído rápida e efetivamente.

**Palavras-chave:** Abdome Agudo; Perfurativo; Corpo Estranho.

E-mail do autor: deborahradd@gmail.com

### 086 - PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA ESPLÊNICA SECUNDÁRIO A PANCREATITE AGUDA NECROTIZANTE – RELATO DE CASO

Dias AS<sup>1</sup>; Lima SMM<sup>1</sup>; Borsato LHS<sup>1</sup>; Vidigal FM<sup>1</sup>; Faria VC<sup>1</sup>; Mazzoni CA<sup>1</sup>; Barbosa HS<sup>1</sup>; Miranda LT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Santa Casa De Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG - Brasil

**Introdução:** A pancreatite aguda necrotizante associada a infecção é potencialmente grave e demanda cuidados especializados. As complicações vasculares são raras, e dentre elas, a mais comum é a formação de pseudoaneurisma da artéria esplênica. O sangramento pelo pseudoaneurisma pode ocorrer dentro do trato gastrointestinal, ducto pancreático, órgãos adjacentes, espaço retroperitoneal ou na cavidade peritoneal, e sua incidência pode chegar a 37%. Mesmo com a terapêutica adequada, a letalidade nestes casos pode chegar a 42%. **Objetivo:** Relatar um caso de pseudoaneurisma de artéria esplênica, como complicação após pancreatite aguda grave necrotizante. **Relato do Caso:** LF, 47 anos, etilista social, sem comorbidades, internado com quadro de dor abdominal em andar superior do abdome, náuseas e vômitos, foi diagnosticado com pancreatite aguda idiopática grave, e submetido à drenagem de abscesso peri-pancreático. Após dois meses, paciente evoluiu com retorno dos sintomas e febre. Iniciado tratamento clínico e solicitada tomografia (TC) de abdome, que evidenciou pâncreas de espessura levemente aumentada com áreas hipodensas no parênquima, coleções líquidas com presença de gás no espaço pararrenal anterior à esquerda e adjacente ao baço. Submetido à lombotomia esquerda com irrigação copiosa com solução fisiológica e fixação de dreno tubular. Paciente foi reabordado no 12º e no 19º DPO para nova lavagem das lojas de abscesso e reintrodução do dreno. Recebeu alta no 20º DPO. Um mês após a alta, intercorreu com episódio de sangramento ativo pelo dreno, com repercussão hemodinâmica, sendo reinternado para investigação. Realizada arteriografia seletiva pelo radiologista intervencionista com identificação de pseudoaneurisma de ramo de artéria esplênica e embolização. Recebeu alta hospitalar com dreno em cavidade. Após dois meses foi realizada TC de controle, sem alterações, sendo retirado dreno e mantido o acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Os estudos mostram que a abordagem minimamente invasiva, quando comparada à abordagem clássica, apresenta um menor índice de morbidade. Assim, atualmente o padrão-ouro para o diagnóstico de pseudoaneurisma de artéria esplênica é a angiografia, que pode ser tanto diagnóstica quanto terapêutica. O tratamento de primeira linha nos pacientes sem repercussões hemodinâmicas é por via endovascular, enquanto a cirurgia laparotômica é preferida nos casos que apresentem instabilidade.

**Palavras-chave:** Pseudoaneurisma de Artéria Esplênica; Pancreatite Aguda Necrotizante; Complicações da Pancreatite Aguda Grave.

E-mail do autor: alinesantodias@yahoo.com.br

### 087 - QUADRO CLÍNICO VERSUS MÉTODOS DE IMAGEM NO DIAGNÓSTICO DA APENDICITE AGUDA - RELATO DE CASO DE APENDICITE COMPLICADA

Carneiro RS<sup>1</sup>; Scheffer PH<sup>1</sup>; Neves FAC<sup>1</sup>; Girundi MG<sup>1</sup>; Fernandes CAS<sup>1</sup>; Faria APB<sup>1</sup>; Alves NJ<sup>1</sup>; Guimaraes AM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complexo Hospitalar São Francisco, Belo Horizonte, MG – Brasil

Trata-se da paciente A.M.N.A., 39 anos, obesa, sem outras comorbidades, com diagnóstico tardio de apendicite complicada. Inicialmente a paciente se queixava de dor abdominal difusa que evoluiu com dor epigástrica irradiando para hipocôndrio direito, sem náuseas, vômitos, febre ou alteração de hábitos fisiológicos. Na Unidade de Pronto Atendimento realizou exames laboratoriais que indicaram processo infeccioso (global de leucócitos de 19000, bastonetes de 3% e PCR 247) e recebeu diagnóstico clínico de colecistite aguda. A paciente foi internada e recebeu tratamento medicamentoso com Metronidazol, Ciprofloxacino e analgésico durante seis dias, sem alteração significativa do quadro de dor abdominal, sem sinal de descompressão dolorosa (Blumberg negativo), com ausência de tensão na parede abdominal não sugerindo irritação peritoneal. Posteriormente, foi encaminhada ao Complexo Hospitalar São Francisco com objetivo de continuidade da antibioticoterapia. Sem sinais de irritação peritoneal, entretanto com permanência da dor abdominal refratária à medicação, a Clínica Médica solicitou a avaliação da Cirurgia Geral. Após exame de Radiografia do abdômen inconclusivo e ultrassonografia que apontava vesícula biliar com paredes regulares, com múltiplos cálculos e esteatose hepática difusa leve, foi solicitado Tomografia Computadorizada (TC) de abdome. A TC de abdome visualizou calcificação na fossa ilíaca direita medindo 15mm e coleção líquida gasosa adjacente mal delimitada medindo cerca de 12x10x8cm, associada a dilatação de alças do intestino delgado, ascite e pneumoperitônio. Diante do quadro de Abdômen Agudo Perfurativo realizou-se laparotomia exploratória de urgência no 14º dia do início dos sintomas. No peroperatório foi observado apêndice roto com secreção fecalóide em cavidade abdominal, pequena área de necrose em íleo terminal e ceco. Optou-se, assim, pela hemicolecotomia direita. A paciente evoluiu favoravelmente no pós-operatório apresentando infecção de ferida operatória, recebendo alta hospitalar no 21 DPO. Apesar de sua alta prevalência, o diagnóstico de apendicite pode ser dificultado devido a sua apresentação clínica variável como ocorreu no caso narrado. A falta de achados clínicos mais específicos da doença e o baixo valor preditivo exames laboratórios são fatores que podem tornar dúbia a conclusão diagnóstica. Neste sentido, os exames de imagem tornam-se, algumas vezes, ferramentas necessárias na construção do diagnóstico.

**Palavras-chave:** Apendicite; Exames de Imagem; Diagnóstico.

E-mail do autor: rommelufmg@yahoo.com.br

## 088 - ANATOMIA DA PAREDE ABDOMINAL E SUA CORRELAÇÃO COM AS HÉRNIAS

Souza ACCR<sup>1</sup>; Barbosa CA<sup>1</sup>; Cotta BSS<sup>1</sup>; Silva APO<sup>1</sup>; Dias KM<sup>1</sup>; Attoni LM<sup>1</sup>; Azevedo MM<sup>1</sup>; Silva JC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade Ciências Médicas Minas Gerais, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** A parede abdominal é composta por estruturas com arranjo laminar dispostas em planos concêntricos, adaptadas e especializadas para compor a prensa abdominal e ao mesmo tempo sustentar, conter e proteger o ventre. Entretanto, existem algumas regiões da parede que por serem mais fracas ou em consequência de procedimentos cirúrgicos propiciam o desenvolvimento de hérnias nessa região. Essas hérnias correspondem à saída de uma víscera ou de um órgão da cavidade que a contém: externas/internas. Se não for tratada, pode trazer diversas consequências para o indivíduo. O objetivo é descrever a anatomia da parede abdominal ressaltando sua irrigação, inervação, correlação com as hérnias e as implicações clínicas. **Método:** pesquisas em livros especializados e em artigos da literatura científica Medline acessada pelas bases de dados Pubmed e Scielo, nacionais e internacionais, a partir de palavras-chaves padronizadas por meio de buscas no DeCS e MeSH. **Resultados:** Qualquer condição que aumente a pressão intra-abdominal cronicamente pode contribuir para o surgimento ou progressão da hérnia. São elas: obesidade, exercício físico pesado, tosse, constipação, prostatismo com força ao urinar. Outras menos comuns: cirrose com ascite, gravidez, diálise peritoneal crônica, aumento de órgãos pélvicos ou tumores. Em idades avançadas e doenças crônicas debilitantes pode ocorrer fraqueza da área de Hesselbach. Estes defeitos da parede abdominal podem ser resultado de várias causas, naturais ou não. Os pontos de fraqueza na parede abdominal mais frequentes são os congênitos, hereditários, idade, sexo e obesidade que predispõem o surgimento dessas hérnias. O tratamento das hérnias é sempre cirúrgico, depende muito do tipo de hérnia, do tamanho do anel herniário (defeito), da hérnia ser redutível ou não e do seu conteúdo, desde que o paciente tenha condições clínicas que permitam a realização do procedimento cirúrgico. Podem também ocorrer após cirurgias prévias, pela fraqueza da região operada (precocemente ou após alguns anos). **Conclusão:** O domínio da anatomia da região abdominal permite conhecer seus pontos de fraqueza mais suscetíveis à formação de hérnias. Esse conhecimento é indispensável não só para o diagnóstico precoce na evolução das hérnias, como também, para determinar o procedimento cirúrgico mais adequado - reparo primário clássico, reparos anteriores abertos (abdominal) e reparo pré-peritoneal (laparoscópico) evitando, assim, futuras complicações ao paciente.

**Palavras-chave:** Hérnia Abdominal; Abdominal Wall; Ventral Hérnia.

E-mail do autor: annacarollina91@gmail.com

## 089 - ABORDAGEM DA SÍNDROME DE OLGIVIE: UMA ATUALIZAÇÃO

Oliveira BM<sup>1</sup>; Marins AM<sup>1</sup>; Souza IKF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unifenas-Bh, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** Atualização/ Comparação de evoluções cirúrgicas digestivas e abordagens terapêuticas intervencionistas à Síndrome de Olgivie, diluir aspectos pré-operatórios, cirúrgicos e custo efetivos, afim de descrevermos as vantagens e desvantagens da aplicação de tais técnicas. **Métodos:** Preconizou-se, busca de artigos (fator impacto >5) de 2000 até out.2013 nos bancos de dados: Scielo, Medline, Bireme, BVS, enfoque nos Arquivos brasileiros de cirurgia digestiva e Acta brasileira de cirurgia. **Resultados:** Descreve-se na literatura como possíveis causas etiológicas: eventos cirúrgicos recentes em qualquer órgão ou sistema, queimaduras, trauma, miocardiopatia severa, infarto, septicemia, abuso de medicamentos. Apresentação clínica: distensão abdominal aguda, progressiva, universal com sintomas neurodegenerativos, hipomotilidade gastrointestinal e hipertimpanismo à percussão. Terapêutica baseia em conservadores e cirúrgicos com inclusão do tratamento das co-morbidades e de medicamentos parassimpatomiméticos para estimular a função intestinal. A decompressão intestinal é por via de cecostomia videolaparoscópica/colonoscópica que tem vantagens a laparotomia convencional. Ambos procedimentos, garantem visualização detalhada do cólon, oferecem maior tolerância pelos pacientes, promovem decompressão efetiva, possuem simplicidade na técnica de execução. A cecostomia percutânea endoscópica permite realização sob anestesia local em pacientes de alto risco para anestesia geral. O tratamento cirúrgico/endoscópico é considerado quando: decompressão colonoscópica impossível, sinais de pneumoperitônio, sinais de irritação peritonial em área cecal, dilatação por mais de 48 a 72 horas, diâmetro cecal inicial superior a 12-14 cm, incerteza diagnóstica ou descompensação respiratória por distensão abdominal. A cecostomia com tubo com variações à colostomia em alça no ângulo hepático, com maturação imediata por fragilidade da parede do ceco, é preconizada. **Conclusão:** A cecostomia videolaparoscópica e colonoscópica são alternativas de decompressão colônica no tratamento da Síndrome de Olgivie. O tratamento conservador traz conforto ao paciente em reduzir a distensão, permitir a lavagem e uso de estimulantes do esvaziamento. Procedimentos de fácil execução e boa taxa de morbidade. Casos em que fracassam a abordagem clínica ou colonoscopia, ou ainda em vigência de sinais e sintomas compatíveis com isquemia ou perfuração do ceco, a laparotomia exploradora é necessária.

**Palavras-chave:** Pseudo-obstrução Aguda; Cirurgia Digestiva; Síndrome de Olgivie.

E-mail do autor: medboliveira@gmail.com

## 090 - UMA NOVA ABORDAGEM NAS ESTENOSES LARINGOTRAQUEAIS COMPLEXAS

Almeida EP<sup>1</sup>; Simoes LC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HU - UFJF, Juiz de Fora - MG - Brasil

**Objetivo:** desenvolver uma nova técnica cirúrgica para tratamento das estenoses laringotraqueais complexas. **Métodos:** relato de caso descrevendo a abordagem cirúrgica de um paciente do Hospital Universitário da UFJF que desenvolveu uma estenose traqueal complexa, superior a 50% da extensão da traquéia com acometimento da laringe, e que não respondeu aos tratamentos convencionais: dilatação por broncoscopia, órteses traqueais e ressecção do segmento estenosado com anastomose primária termino-terminal. Paciente evoluiu com estenose traqueal após período de intubação orotraqueal prolongado e traqueostomia. Foi submetido a uma nova técnica cirúrgica onde realizou-se uma abertura longitudinal de todo o segmento estenosado, fixou-se as bordas laterais da traquéia em planos profundos, confeccionou-se uma malha com fios de sutura na abertura anterior da traquéia e retalho muscular com porção externa do músculo esternocleidomastoideo. **Resultados:** após realização da cirurgia de alargamento traqueal com mioplastia, paciente desenvolveu enfizema subcutâneo, prontamente tratado com compressão local da incisão cirúrgica, e evoluiu com melhora do padrão respiratório após a retirada da traqueostomia. **Conclusão:** com o aumento do número de pacientes submetidos a intubação orotraqueal e que sobrevivem ao tratamento, era de se esperar um aumento no número de complicações principalmente a estenose traqueal benigna. Os tratamentos discutidos na literatura ou são temporários como as órteses traqueais ou apresentam alto índice de recidiva da estenose. Essa nova técnica cirúrgica se mostrou uma opção eficaz para tratamento de estenoses traqueais complexas.

**Palavras-chave:** Estenose Traqueal; Mioplastia; Cirurgia Tórax.

E-mail do autor: lucascs512@yahoo.com.br

### 091 - APENDICECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA ELETIVA NO TRATAMENTO DA APENDICITE AGUDA COM ABSCESSO

Lobato DD<sup>1</sup>; Martins FP<sup>1</sup>; Lima GANC<sup>1</sup>; Guimarães RL<sup>1</sup>; Queiroz Junior JRR<sup>1</sup>; Cosensa WL<sup>1</sup>; Lisboa TA<sup>1</sup>; Silva TCA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil*

A apendicectomia de intervalo subsequente à antibioticoterapia na abordagem da apendicite aguda complicada com abscesso permanece um tema controverso. Estudos prévios demonstraram que a apendicectomia realizada em caráter de urgência está associada ao aumento na incidência de íleo adinâmico, obstrução intestinal, abscesso abdominal ou pélvico e infecção de ferida operatória, implicando o aumento de reoperações. O pior prognóstico nessa estratégia pode-se relacionar a uma resposta inflamatória mais exacerbada e ao aumento na dificuldade técnica de ressecção do apêndice em vigência do processo infeccioso agudo. Em contrapartida, a apendicectomia eletiva reduz a morbidade do procedimento, resultando melhor condição clínica e menor dor pós-operatória, reduzindo o tempo de permanência na unidade hospitalar e o tempo de retorno às atividades habituais do paciente. Quando realizada pela via laparoscópica, permite ainda o aumento na taxa de diagnóstico de comorbidades, como massas neoplásicas, devido a vantagem de possibilitar a inspeção de toda a cavidade abdominal. O presente estudo apresenta 03 casos de apendicite aguda com abscesso, cujas evoluções mostraram-se satisfatórias a partir da estratégia terapêutica conservadora inicial seguido pela intervenção cirúrgica vídeo-laparoscópica após remissão completa do quadro inflamatório. Critérios para aplicação dessa tática serão discutidos.

**Palavras-chave:** Apendicite; Eletiva; Abscesso.

**E-mail do autor:** danielldobato@yahoo.com.br

### 092 - ABDOME AGUDO NA GESTANTE – RELATO DE CASO

Barbosa JP<sup>1</sup>; Barros TS<sup>2</sup>; Marangon MR<sup>1</sup>; Lima SMM<sup>2</sup>; Junqueira TB<sup>3</sup>; Vidigal TF<sup>3</sup>; Vidigal FM<sup>2</sup>; Junqueira JOG

<sup>1</sup>*UFJF, Juiz de Fora - MG - Brasil;* <sup>2</sup>*SCMJF, Juiz de Fora - MG - Brasil;* <sup>3</sup>*Suprema, Juiz de Fora - MG - Brasil*

**Introdução:** O abdome agudo é caracterizado por dor abdominal de instalação súbita, que exige solução urgente. Na gestação pode ter causas obstétricas ou não, que são as mais frequentes. O abdome agudo durante a gravidez deve ser prontamente identificado e, por menor que seja a suspeita diagnóstica, a cirurgia deve ser indicado o mais precocemente possível. **Objetivo:** Relatar o caso de abdome agudo em gestante enfatizando a importância da abordagem precoce. **Método:** Revisão de prontuário e pesquisa bibliográfica em livro texto e nas bases indexadoras de dados: MedLine e Scielo. **Retato de caso:** RAR, 34 anos, feminino, 28 semanas de idade gestacional, portadora de LES e doença de Crohn, com quadro de abdome agudo com irritação peritoneal. Apresentando queda da hemoglobina em hemogramas seriados, associado a moderada quantidade de líquido livre à Ressonância Nuclear Magnética. Submetida a laparotomia exploradora com identificação de hemoperitônio e ponto de perfuração em parede posterior de útero. Realizado cesariana de urgência com controle do sangramento. Boa evolução no pós-operatório, paciente e filho encontram-se em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Os quadros de abdome agudo durante a gestação são pouco frequentes, porém, quando ocorrem acarretam riscos tanto para a mãe quanto para o feto. As alterações no organismo materno decorrentes da gestação dificultam o diagnóstico, mas a precocidade com que se chega ao mesmo e a conduta adequada melhoram o prognóstico.

**Palavras-chave:** Abdome Agudo; Gestante; Ruptura Uterina.

**E-mail do autor:** jeancarlobarbosa@hotmail.com

### 093 - ANÁLISE CRÍTICA DO TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO DO HOSPITAL JOÃO XXIII

Starling SV<sup>1</sup>; Ferreira AC<sup>1</sup>; Miguel DA<sup>1</sup>; Drumond DF<sup>1</sup>; Santos LC<sup>1</sup>; Franciscani AA<sup>1</sup>; Mouthé EY<sup>1</sup>; Ferreira FP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Joao XXIII, Belo Horizonte, MG – Brasil*

**Introdução:** O tratamento não operatório (TNO) é, na atualidade, o método inicial de abordagem dos pacientes com lesões de fígado, baço ou rim no trauma abdominal contuso. **Objetivo:** Analisar a experiência do Hospital João XXIII no TNO das lesões de vísceras maciças. **Métodos:** Estudo retrospectivo após a implantação do protocolo de TNO no trauma abdominal contuso no período de Nov 2004 a Dez 2013. Os dados analisados foram número total de pacientes e de lesões, presença de lesões de vísceras maciças concomitantes, índice de sucesso global e estratificado por grau de cada lesão específica, morbidade e mortalidade. **Resultados:** total de 1768 pacientes 17 (0,99%) apresentavam lesões das três vísceras; 197 (11,1%) apresentavam lesões de duas vísceras e 1554 (87,9%) apresentavam lesão de apenas uma víscera. Quanto ao número de lesões os 1768 pacientes apresentavam 1999 lesões sendo 790 (39,5%) lesões hepáticas, 761 (38%) lesões esplênicas e 448 (22,5%) lesões renais. Nos 17 pacientes com lesão hepática, esplênica e renal não houve falha do TNO. Nos 197 pacientes com duas lesões em 82 pacientes (41,6%) ocorreu lesão hepática e renal; em 72 pacientes (36,6%) lesão esplênica e renal e em 43 pacientes (21,8%) lesão esplênica e hepática. No grupo com lesão hepática e esplênica houve três falhas. No grupo com lesão hepática e renal houve apenas uma falha. No grupo com lesão esplênica e renal aconteceram 3 falhas. A lesão hepática isolada foi a mais prevalente totalizando 648 casos. O índice de falha global foi de 4,3%. Em relação ao grau da lesão as mais frequentes foram as lesões graus II e III correspondendo a 74,2% do total. Nas lesões mais graves grau IV e grau V a falha do TNO foi mais frequente ocorrendo em respectivamente 12,5% e 25% dos pacientes. Em relação as lesões esplênicas o índice de falha de TNO aconteceu em 60 pacientes (7,9%). As lesões mais comuns foram as lesões graus II e III correspondendo a um percentual de 75,3% do total de pacientes. O índice de falha do TNO na lesão esplênica grau III (11,3%) lesão grau II (1,2%). Na lesão grau IV a falha do TNO esteve presente em um terço dos pacientes. Em se tratando das lesões renais, o índice de falha de TNO foi de 6,6%. As lesões graus II e III foram as mais frequentes (63,3%) e na lesão grau IV foi a de índice de falha (22,8%). **Conclusões:** O TNO é seguro, tem alto índice de sucesso e a falha é mais frequente nas lesões mais graves. O número de vísceras lesadas não influencia o índice de sucesso do TNO.

**Palavras-chave:** Víscera Maciça; Não Operatório; Fígado, Baço, Rins.

**E-mail do autor:** augustocoelho.med@gmail.com



#### 094 - RELATO DE CASO DE ESPLENOSE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL IMPORTANTE EM PACIENTES ESPLENECTOMIZADOS APRESENTANDO MASSAS ABDOMINAIS

Arruda ALRP<sup>1</sup>; Moreira RCL<sup>1</sup>; Paula IS<sup>1</sup>; Silva MMQ<sup>1</sup>; Bernardes BR<sup>1</sup>; Capanema HXM<sup>2</sup>; Vieira HC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Luxemburgo, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Hospital Governador Israel Pinheiro - IPSEMG Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** Relatar um caso clínico de esplenose abordado no Hospital Mário Penna e discutir sobre a incidência, sintomas, forma de diagnóstico, diagnóstico diferencial e tratamento dessa afecção. **Métodos:** Análise de caso clínico e revisão da literatura em artigos científicos publicados no Pubmed. **Resultados:** A Esplenose é uma condição benigna, em que ocorre autotransplante de tecido esplênico heterotópico na cavidade abdominal, pélvica, torácica, intracraniana e tecido subcutâneo. Esse tecido é capaz de reestabelecer circulação e apresentar crescimento. É causada, geralmente, por ruptura esplênica após trauma ou manipulação cirúrgica do órgão. A forma mais comum de disseminação é por via direta dentro das cavidades corporais e pelo local de incisão cirúrgica, mas também pode ocorrer por via hematogênica. Na maioria dos casos é assintomática, porém pode gerar sintomas como dor e sangramento, além de mimetizar diversas patologias, inclusive neoplasias. O paciente LFM, masculino, 39 anos, foi atendido no ambulatório o Hospital Mário Penna. Apresentava queixa de fadiga, mialgia, presença de nódulo subcostal à direita e febre. Em sua história pregressa havia relato de ser portador de valva mitral metálica, acidente vascular encefálico e esplenectomia por trauma aos oito anos de idade. Realizou Tomografia Computadorizada abdominal que evidenciou múltiplos nódulos abdominais e linfonodomegalias em fossa ilíaca direita. Tomografia Computadorizada de Tórax, colonoscopia, exames laboratoriais, incluindo marcadores tumorais e sorologias, não mostraram alterações patológicas. O paciente foi submetido à Laparotomia Exploradora para biópsia de nódulos abdominais. A análise histopatológica da amostra ressecada foi compatível com tecido esplênico. Os implantes esplênicos podem muitas vezes ser interpretados como lesões neoplásicas, como no caso descrito. **Conclusão:** A Esplenose deve ser incluída no diagnóstico diferencial em todos os pacientes com nódulos abdominais, pélvicos, torácicos e subcutâneos com história de trauma esplênico e esplenectomia. Apesar de ser considerado um raro achado, sua incidência em pacientes que se submeteram à esplenectomia por trauma pode alcançar 76%. A cintilografia, utilizando o tecnécio-99m, é o exame padrão-ouro no diagnóstico e avaliação da progressão da Esplenose.

**Palavras-chave:** Esplenose; Trauma; Esplenectomia.

E-mail do autor: alrparruda@gmail.com

#### 095 - ALTERAÇÕES HORMONAIS DAS TÉCNICAS SLEEVE E BYPASS EM CIRURGIA BARIÁTRICA: PARÂMENTROS COMPARATIVOS

Marins AM<sup>1</sup>; Ferreira MEA<sup>1</sup>; Souza IKF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unifenas BH, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** Comparar através de revisão literária, as alterações das taxas hormonais envolvidas na regulação do apetite em pacientes submetidos a cirurgias bariátricas com emprego das técnicas sleeve e bypass em Y de Roux. **Metodologia:** Revisão de literatura em bases de dados Pubmed, Scence Direct, Scopus e Scielo. Foram selecionados artigos até março de 2014 limitados à língua inglesa, espanhola e portuguesa. **Discussão:** A gastrectomia vertical (técnica sleeve), possui o princípio de selar os vasos da grande curvatura e fundo gástrico, dissecando e excluindo toda a parte proximal do estômago, gerando uma restrição devido a formação de um estômago estreito e tubular. Foi observada grande redução dos níveis de grelina após aplicação desta técnica devido a exclusão de seu principal local de síntese e, conseqüentemente, da secreção do hormônio do crescimento (GH). Já o by-pass gástrico em Y de Roux atua inicialmente como operação mista, levando a saciedade precoce e disabsorção. A exclusão de parte do segmento estômago-duodeno-jejunal leva a diminuição dos níveis pós-prandiais de grelina, diminuindo ainda mais o apetite. A presença mais precoce do alimento no íleo terminal leva a maior produção de PYY e GLP-1, diminuindo a ingestão alimentar e otimizando o metabolismo glico-insulínico, representando um importante efeito anti-diabetogênico. **Conclusão:** A cirurgia bariátrica é um método radical para a redução de peso, entretanto em certas situações é a melhor opção de tratamento devido a seu resultado significativo na melhora dos parâmetros metabólicos. Tanto a técnica de sleeve quanto bypass em Y de Roux são eficazes no tratamento desta doença e conferem benefício devido a diminuição do volume gástrico em associação às alterações hormonais, culminando na redução do apetite do indivíduo. No entanto é importante enfatizar, que a derivação gastrojejunal em Y de Roux promove, em longo prazo, perdas de 35% a 40% do peso inicial, sendo razoável supor-se que essa perda ponderal mais intensa possa induzir a benefícios clínicos ainda maiores.

**Palavras-chave:** Alterações Hormonais; Pós – Bariátrica; Principais Técnicas em Cirurgia Bariátrica.

E-mail do autor: andre.lmsmarins@gmail.com

#### 096 - CLASSIFICAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HÉRNIA INGUINAL

Bitencourt GCT<sup>1</sup>; Vecchi IC<sup>1</sup>; Vecchi TC<sup>2</sup>; Penna LAS<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Instituto Metropolitano de Ensino Superior, Ipatinga - MG - Brasil; <sup>2</sup>UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>3</sup>UFVJM, Teófilo Otoni - MG - Brasil

**Introdução:** Aproximadamente 75% das hérnias ocorrem na região inguinal. As hérnias inguinais (HI) podem ser classificadas em: indiretas - que desce ao longo do canal inguinal, e direta - que faz protusão através do triângulo de Hesselbach. A primeira, de caráter congênito, ocorre pela persistência do conduto peritônio-vaginal. A segunda é adquirida como resultado de uma fraqueza na fáscia transversal, que tem demonstrado estar relacionada a defeitos hereditários na síntese ou renovação do colágeno. O diagnóstico clínico pode não ser muito fácil pelo fato de as HI serem, na maioria das vezes, assintomáticas. O que se percebe é uma massa, que surge em decúbito, ortostase, ou esforço abdominal. O diagnóstico diferencial das hérnias da virilha se baseia na localização do saco herniário, no conteúdo do mesmo, no diâmetro de seu colo, e na consistência da parede posterior da região ínguino-femoral. Os pacientes carregam ininterruptamente o risco de encarceramento e de cirurgia de urgência. Além disso, mesmo quando assintomáticas, as HI causam ansiedade pela percepção da presença do defeito inguinal. **Objetivo:** Executar uma boa técnica na reparação cirúrgica da HI proporcionando um pós-operatório imediato seguro. **Método:** Foram realizadas pesquisas de artigos da literatura científica Medline, acessada pelo serviço PubMed, a partir de palavras chaves. Além disso, merece destaque o sistema SCIELO, livros e revistas especializadas. **Resultado:** De modo geral, o tratamento HI não desperta muitas dúvidas. É cirúrgico. Quanto à anestesia a mais recomendada é o bloqueio que implica em menor volume de droga e em menor agressão ao doente. Existem preferências pessoais por determinadas técnicas operatórias, baseadas geralmente na experiência de cada cirurgião. No tocante ao tratamento, devem constituir prioridades, independentemente da técnica, a segurança relacionada a hemostasia e síntese, a simplicidade de execução, os menores índices de complicações e recidivas, a menor incidência de dor no pós-operatório, e reduzido tempo de recuperação. **Conclusão:** O cirurgião deve sempre ter em mente que nada substituirá o zelo com os tecidos, o conhecimento profundo da anatomia e o uso de uma técnica aprimorada. Todas as pessoas com HI, independentemente da idade, devem ser operadas. Apenas aqueles pacientes com doenças graves e risco cirúrgico elevado devem ser acompanhados cuidadosamente. A cirurgia pode ser realizada por via aberta ou videolaparoscópica.

**Palavras-chave:** Hérnia Inguinal; Classificação Anatômica; Classificação Funcional.

E-mail do autor: icvecchi@hotmail.com

### 097 - AZATIOPRINA PARA PREVENÇÃO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL RECORRENTE NA DOENÇA DE CROHN

Vidigal FMV<sup>1</sup>; Chebli JMF<sup>1</sup>; Souza GS<sup>1</sup>; Ribeiro TCR<sup>1</sup>; Chebli LA<sup>1</sup>; Furtado MCV<sup>1</sup>; Zanini KAO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora - MG - Brasil

A ocorrência de estenoses como complicação da doença de Crohn (DC) é um problema clínico significativo. Apesar dos recentes avanços no manuseio de pacientes com DC, os sintomas oclusivos e subocclusivos são observados principalmente no fenótipo fibroestenotante e permanecem um problema clínico desafiador. Embora não exista dúvida de que a intervenção cirúrgica é indicada para uma estenose ileocecal obstrutiva que não responde ao tratamento clínico, a melhor abordagem para a suboclusão intestinal associada a DC que responde ao tratamento conservador permanece controversa. O objetivo desse estudo foi avaliar a eficácia da Azatioprina (AZA) quando comparada com a Mesalazina na prevenção ou retardo da obstrução intestinal recorrente em pacientes com DC ileocecal que se submetem a tratamento clínico com sucesso para o primeiro episódio de suboclusão intestinal. **Métodos:** Trata-se de um estudo randomizado, duplo-cego e controlado. Taxas de obstrução intestinal recorrente foram comparadas entre pacientes portadores de DC subocclusiva tratados com AZA (36) ou mesalazina (36) durante um período de 36 meses. Foram avaliados o tempo livre de obstrução intestinal, assim como, a sobrevida livre de oclusão para ambos os grupos. **Resultados:** Houve uma taxa cumulativa significativamente mais baixa de pacientes com suboclusão recorrente no grupo tratado com AZA (56%) comparado com o grupo da mesalazina (79%; OR 3,34, 95% CI 1,67-8,6; P=0,003). O intervalo de tempo livre de oclusão foi maior no grupo da AZA comparado com o grupo da mesalazina (28,8 meses x 18,8 meses; p= 0,000). A sobrevida livre de oclusão aos 12,24 e 36 meses foi significativamente maior no grupo da AZA (91%, 81% e 72%, respectivamente) do que no grupo da mesalazina (64,7%, 35,3% e 23,5%, respectivamente; p<0,05 para todas as comparações). **Conclusão:** Em uma análise de pacientes com DC e suboclusão ileocecal o tratamento de manutenção com AZA é mais efetivo que a mesalazina para evitar ou postergar a obstrução intestinal recorrente durante um período 3 anos de tratamento.

**Palavras-chave:** Doença de Crohn; Obstrução Intestinal; Azatioprina.

E-mail do autor: fernandovidigal@terra.com.br

### 098 - ABORDAGEM DAS EVENTRAÇÕES DE PAREDE ABDOMINAL ANTERIOR PELA TÉCNICA DE LÁZARO DA SILVA

Barcelos FVT<sup>1</sup>; Barbosa CA<sup>1</sup>; Magno R<sup>1</sup>; Souza IKF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UFOP, Ouro Preto - MG - Brasil

**Objetivo:** A hérnia incisional (HI) tem sua causa atrelada ao enfraquecimento da parede do abdome, que ocorre secundariamente a laparotomias. Várias técnicas descritas para sua correção caracterizam-se pela utilização de próteses. Contudo, a técnica de Transposição Peritônio-Aponeurótica Longitudinal Bilateral (Transpalb), proposta por Lázaro da Silva, tem merecido grande destaque por utilizar para a correção o próprio saco herniário, o que traz um resultado mais anatomofuncional e, como mostram muitos trabalhos, um menor índice de recidiva quando comparado com outras técnicas. Diante disso, temos como objetivo a descrição da técnica Transpalb. **Métodos:** Revisão não sistemática da literatura a partir das bases de dados PUBMED, UPTODATE e SCIELO, com ênfase em cinco artigos, além de capítulos de livros, os quais abordavam o tema proposto. **Resultados:** Incisão longitudinal da pele, retirando a cicatriz referente à operação prévia. Exposição do saco e anel herniário e das regiões anteriores das bainhas aponeuróticas dos músculos retoabdominais, através do deslocamento dos retalhos dermoepidérmicos. Abertura longitudinal e mediana do saco herniário. Exploração da cavidade abdominal. Secção das aderências, quando existentes para exposição das faces posteriores (peritoneais) dos músculos reto do abdome. Incisão longitudinal curvilínea na lâmina posterior da bainha do reto abdominal de um lado e, no lado contralateral, incisar igualmente a lâmina anterior do músculo reto do abdome. Obtêm-se, assim, um total de seis retalhos: dois peritônios-fibrosos (oriundos do saco herniário); um aponeurótico medial e um lateral, ambos posteriores e ipsilaterais (oriundos da lâmina posterior da bainha do músculo reto abdominal); um aponeurótico medial e um lateral, ambos anteriores e ipsilaterais (oriundos da lâmina anterior da bainha do músculo reto abdominal). Fazer três planos de suturas: no plano profundo, suturar o retalho aponeurótico lateral posterior ao retalho peritônio-fibroso contralateral; no plano intermediário, suturar o retalho aponeurótico medial posterior com o medial anterior contralateral; no plano superficial suturar o retalho aponeurótico lateral anterior ao retalho peritônio-fibroso contralateral remanescente. **Conclusões:** Essa técnica se apresenta como uma excelente alternativa, por utilizar uma prótese autóloga e inócua; ser mais anatômica; possuir um baixo custo; ser exequível e possuir um baixo índice de recidiva.

**Palavras-chave:** Hérnia Incisional; Saco Herniário; Transposição Peritônio-aponeurótico Longitudinal Bilateral.

E-mail do autor: filipevidica@gmail.com

### 099 - ASCITE BILIAR COMO COMPLICAÇÃO DE COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Medeiros AG<sup>1</sup>; Vidigal FM<sup>1</sup>; Alcântara RGG<sup>1</sup>; Carneiro GHC<sup>1</sup>; Batista VGR<sup>1</sup>; Larivoir NB<sup>2</sup>; Gomes SC<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hu - UFJF, Juiz de Fora - MG - Brasil; <sup>2</sup>UFJF, Juiz de Fora - MG - Brasil

**Objetivo:** Relatar um caso de lesão iatrogênica da via biliar (LIVB) que se manifestou por meio de ascite biliar, diagnosticada mais de um ano após a colecistectomia. **Introdução:** A colecistectomia é uma das cirurgias eletivas mais realizadas no mundo e apresenta como uma de suas complicações mais temidas LIVB, cuja incidência é maior nas cirurgias laparoscópicas (0,2 a 0,6%) em relação às laparotômicas. Essas lesões preveníveis podem ser devastadoras, aumentar a morbimortalidade e o custo médico, enquanto diminui a qualidade de vida do paciente. Lesões biliares sempre existirão, e devemos estar atentos aos melhores métodos para evitar, avaliar e trata-las. **Métodos:** Relato de caso - EOS, 58 anos, sexo feminino, branca, aposentada. Submetida a colecistectomia laparoscópica com conversão laparotômica em outubro de 2012 devido a colelitíase sintomática. Após 15 dias da cirurgia, evoluiu com ascite, que levou à múltiplas paracenteses de alívio durante 1 ano. Em setembro de 2013, foi submetida à laparoscopia diagnóstica com biópsia de peritônio e propedêutica radiológica que demonstrou fístula biliar com provável ascite biliar e obstrução das vias biliares ao nível do ducto hepático comum (Strasberg E1). Manteve quadro de colestase recorrente acompanhada por perda ponderal significativa. Em novembro de 2013 desenvolveu colangite e posterior sepse, sendo tratada em UTI. Recebeu alta após 24 dias com antibioticoprofilaxia. Em junho de 2014 foi admitida no HU-UFJF com resolução da ascite porém com prurido intenso, episódios de dor abdominal difusa e picos febris esporádicos. Optou-se pela realização de dilatação percutânea da via biliar com drenagem interna, a qual foi realizada pela cateterização de uma provável fístula bileo-digestiva espontânea. A paciente apresentou boa evolução clínica no pós-operatório imediato, com resolução dos sintomas. **Resultados:** A dilatação percutânea da via biliar no presente caso de LIVB Strasberg E1 mostrou-se um método eficaz e sobretudo seguro frente a uma situação de alto risco para conlangite, caso o procedimento endoscópico incorresse em falha. **Conclusão:** As LIVB ainda representam um desafio para os cirurgiões e devem ser abordadas o mais precocemente possível por cirurgiões hepatobiliares capazes de optar pelo método terapêutico que melhor minimize os danos ao paciente. Apesar do tratamento endoscópico e cirúrgico serem favoráveis aos reparos, a qualidade de vida é afetada, incluindo o aspecto psicológico do paciente.

**Palavras-chave:** LIVB; CVL; Dilatação Percutânea da Via Biliar.

E-mail do autor: aluisiogm@hotmail.com

### 100 - SÍNDROME DE BOERHAAVE EM HIPERÊMESE GRAVÍDICA – TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO

Lisboa TA<sup>1</sup>; Lobato DD<sup>1</sup>; Moura JVG<sup>2</sup>; Cosensa WL<sup>1</sup>; Queiroz Junior JRR<sup>1</sup>; Guimarães RL<sup>1</sup>; Lima GANC<sup>1</sup>; Martins FP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>VIII Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>Faculdade Unifenas, Belo Horizonte, MG – Brasil

Os autores apresentam o caso clínico de uma paciente com Síndrome de BOERHAAVE, grávida, conduzida com sucesso pelo tratamento não operatório. A rotura do esôfago por causa não traumática, como na hiperêmese da gravidez, constitui evento raro na literatura e apresenta alta morbidade e mortalidade. Considera-se que a fisiopatologia pode ser explicada por incoordenação motora neuromuscular do esôfago durante o mecanismo do vômito, determinando o não relaxamento do esfíncter esofágico superior e consequente hiperpressão intraluminal, que leva a lesão transparietal. Quanto ao aspecto clínico, manifesta frequentemente com a tríade: vômitos, dor torácica, e enfizema mediastinal e, às vezes, no pescoço. É frequente o equívoco do diagnóstico com outras afecções de sintomas semelhantes. Torna-se necessário exames radiológicos, inclusive contrastados, para a conclusão do diagnóstico e estabelecimento da estratégia terapêutica, que no presente caso tinha limitação pela gravidez. O tratamento não operatório tem como pilar um rigoroso controle do “status” clínico, idade gestacional, presença de comorbidades, além da localização da lesão e extensão do processo séptico. Como na literatura específica, a conduta ainda é controversa, discutimos detalhes do presente caso.

**Palavras-chave:** Síndrome de Boerhaave; Hiperêmese Gravídica; Tratamento não Operatório.

E-mail do autor: lisboaata@yahoo.com.br

### 101 - LIPOMATOSE INTESTINAL: RELATO DE CASO

Souza GS<sup>1</sup>; Melilo GHL<sup>1</sup>; Gontijo FP<sup>1</sup>; Castañón MCMN<sup>1</sup>; Lima SMM<sup>1</sup>; Caldoncelli FF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Santa Casa, Juiz de Fora - MG - Brasil

**Introdução:** O intestino delgado é o sítio de apenas 1 a 5% dentre todas as neoplasias gastrointestinais. Os lipomas são tumorações submucosas compostas de tecido adiposo bem diferenciado. A lipomatose intestinal é uma neoplasia benigna rara, geralmente assintomática. Manifestações clínicas podem apresentar-se com obstrução, hemorragias, úlceras, intussuscepção e vôlvulo. **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 55 anos episódios de dor abdominal do tipo cólica há 1 mês, com relato de melena e astenia; perda ponderal não quantificada. O enema opaco mostrou dilatação do íleo terminal, com defeitos de enchimento, tipo nodulações na submucosa. A tomografia computadorizada do abdome indicou acúmulo de gordura/hiperplasia da submucosa do íleo terminal com possibilidade de processo inflamatório crônico, e trombose subaguda da veia mesentérica superior. Levada à ileocectomia direita para alívio dos sintomas. O estudo histopatológico identificou mucosa do íleo com pregueado normal e algumas projeções polipoides amareladas na superfície. Aos cortes, essas projeções apresentam aspecto adiposo, coloração amarelada e consistência macia, abundante conteúdo adiposo adjacente, definido como lipomatose intestinal. **Conclusão:** Embora os lipomas sejam tumores benignos comuns do intestino delgado, a lipomatose é uma condição rara. No diagnóstico diferencial nos tumores ileocecais a lipomatose intestinal é uma hipótese remota, que pode ser responsável por sintomas como dor, distensão abdominal e hemorragia digestiva. Os exames de imagem podem mostrar obstrução, intussuscepção e/ou vôlvulo intestinal ocorrendo pela presença de múltiplos tumores na parede do intestino.

**Palavras-chave:** Obstrução Intestinal; Tumor Intestinal; Dor Abdominal.

E-mail do autor: glauciodesouza@ig.com.br

### 102 - TRANSPLANTE DE RIM EM FERRADURA

Souza GS<sup>1</sup>; Souza LS<sup>1</sup>; Ferreira GF<sup>1</sup>; Colares VS<sup>1</sup>; Carlos GB<sup>1</sup>; Dornelas GV<sup>1</sup>; Mazzoni CA<sup>1</sup>; Saturnino GS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Santa Casa, Juiz De Fora - MG - Brasil

**Introdução:** A utilização de rim em ferradura para transplante permite ampliar a oferta de órgãos. Um rim em ferradura pode ser transplantado em bloco ou dividido; definir a melhor forma de implante dependerá da anatomia do enxerto e da experiência do serviço. O implante deste tipo de rim é raro devido à baixa incidência do rim em ferradura na população. **Objetivo:** apresentar um caso de transplante de rim em ferradura, discutir as dificuldades encontradas e as alternativas utilizadas para aproveitamento do órgão. **Relato do Caso:** Homem de 21 anos, em morte encefálica, creatinina inicial de 0,7 mg/dl doou fígado, pâncreas, coração e rim. O rim em ferradura foi retirado em bloco preservando a integridade da veia cava inferior e da aorta. O rim foi dividido no istmo, o lado esquerdo foi implantado e o direito descartado. O receptor, ABC, 67 anos, apresentou função retardada do enxerto por 2 dias necessitando de apenas uma diálise, permanecendo internado por 28 dias pois apresentou quadro de rejeição celular aguda no 21 dia de transplante sendo tratado com pulso de solumedrol por 3 dias com boa resposta ao tratamento. Sua creatinina 3,84 na alta hospitalar. Não observamos qualquer complicação cirúrgica como fístulas urinárias ou trombose do enxerto. **Conclusões:** a utilização de enxertos funcionalmente viáveis deve ser analisada frente aos desafios anatômicos. Porém os esforços devem ser canalizados para o maior aproveitamento possível dos órgãos ofertados.

**Palavras-chave:** Transplante Renal; Rim Ferradura; Doador.

E-mail do autor: glauciodesouza@ig.com.br

### 103 - TRANSPLANTE RENAL NA SANTA CASA DE JUIZ DE FORA: EXPERIÊNCIA APÓS IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE TRANSPLANTES

Souza GS<sup>1</sup>; Souza ML<sup>1</sup>; Ferreira GF<sup>1</sup>; Colares VS<sup>1</sup>; Carter RGB<sup>1</sup>; Ferreira Filho MA<sup>1</sup>; Silva BG<sup>1</sup>; Dias AS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Santa Casa Misericórdia, Juiz De Fora - MG - Brasil

**Introdução:** A Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (SCM/JF) realiza transplantes renais desde 1983. Em 2013 entrou em funcionamento a Unidade de Transplantes (UT) com o objetivo canalizar esforços para realização dos transplantes em larga escala. **Objetivo:** Descrever os resultados dos transplantes realizados após a implantação da Unidade de Transplantes da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. **Método:** A partir de janeiro de 2013, todos os transplantes realizados na SCM/JF são catalogados no Centro de Estatística, Epidemiologia e Pesquisa do hospital e os resultados analisados. Relatórios trimestrais são gerados para acompanhamento. Serão analisados os dados relativos a todos os transplantes realizados no hospital de janeiro de 2013 até a emissão do último relatório trimestral em junho de 2014. **Resultados:** Entre janeiro de 2013 a junho de 2014 foram realizados 116 transplantes. Transplantes a partir de doadores falecidos (DF) foram 67,2% dos casos. Os receptores apresentavam média de idade de 46 +- 13 anos. O tempo de isquemia fria mediano é 17 +- 6 horas. Incidência de função retardada do enxerto foi de 10,5% nos transplantes com doadores vivos (DV), 57,7% nos DF. Tempo médio de internação DV 7,16 dias (mediana 6) e DF 16,6 dias (mediana 12). Incidência de rejeição aguda 6,9%. Foram observadas as seguintes complicações: trombose do enxerto (0,9%), fístula urinária (1,7%), re-abordagem cirúrgica em (6%) e transfusão sanguínea (9,5%). Óbito intra-hospitalar ocorreu em 1 paciente. A sobrevida do paciente em um ano foi de 93,2% enquanto que a sobrevida do enxerto cegado para o óbito no mesmo período foi de 92,4%. **Conclusões:** O novo modelo de organização da Santa Casa de Misericórdia criando a Unidade de Transplantes permitiu a realização de um número expressivo de cirurgias no período, associado a um acompanhamento rigoroso dos resultados. Tal medida propiciou intervenções estruturais e operacionais responsáveis pelo implemento na atividade transplantadora na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora.

**Palavras-chave:** Transplante Renal; Unidade de Transplante; Rim.

E-mail do autor: glauciodesouza@ig.com.br

### 104 - OBSTRUÇÃO INTESTINAL AGUDA - RELATO DE CASO

Nishiyama MP<sup>1</sup>; Faleiro GPL<sup>1</sup>; Fonseca GS<sup>1</sup>; Figueiredo Junior HE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitário São José, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** Apresentar a importância da correlação entre os dados clínicos e os exames de imagem para o diagnóstico precoce da obstrução intestinal aguda possibilitando a intervenção cirúrgica em tempo adequado. **Métodos:** Relato de caso operado pelo serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário São José – Belo Horizonte. **Resultados:** A obstrução intestinal aguda pode ser classificada como mecânica ou funcional. Seu diagnóstico etiológico precoce torna-se bastante importante pois possibilita a conduta adequada de acordo com a causa da obstrução evitando o comprometimento do suprimento sanguíneo, isquemia e gangrena. Relato de caso: M.L.M, 65 anos, 5°DPO CRVM, com relato de constipação intestinal crônica e doença de Chagas, há 8 dias sem evacuar, evolui com distensão abdominal, piora do padrão respiratório e leucocitose. Radiografia simples de abdome com imagem sugestiva de volvo de sigmoide. Tentativa de destorção do volvo com colonoscópio sem sucesso. Optado por tratamento cirúrgico de urgência: retossigmoidectomia com colostomia terminal e fechamento de coto retal (Hartmann). Paciente encaminhada ao CTI, evolui com boa evolução pós operatória, melhora do padrão respiratório, colostomia funcionante e redução de leucocitose. **Conclusão:** A anamnese, o exame físico cuidadoso e os exames de imagem permitiram o diagnóstico etiológico precoce, o que possibilitou a terapia adequada e em tempo hábil, contribuindo para a boa evolução pós operatória da paciente.

**Palavras-chave:** Volvo; Sigmoide; Hartmann.

E-mail do autor: manishiyama@hotmail.com

### 105 - SÍNDROME DE MIRIZZI - RELATO DE CASO

Nishiyama MP<sup>1</sup>; Faleiro GPL<sup>1</sup>; Fonseca GS<sup>1</sup>; Franco JCV<sup>1</sup>; Mariano CA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituição: Hospital Universitario São José, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** Apresentar a importância da identificação das estruturas anatômicas durante a realização da colecistectomia videolaparoscópica, reduzindo a incidência de lesões iatrogênicas de vias biliares e possibilitando a técnica cirúrgica adequada diante das possíveis variações encontradas. **Métodos:** Relato de caso operado pelo serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário São José – Belo Horizonte. **Resultados:** A síndrome de Mirizzi apresenta uma baixa incidência atualmente, sendo mais comum em pacientes com quadro de colecistite crônica de longa data. Tal síndrome é graduada em tipos I, II, III e IV. Relato de caso: M.R.M, 63 anos, com diagnóstico de colelitíase crônica, sem história prévia de colestase, foi submetida a colecistectomia videolaparoscópica. Durante a dissecação das estruturas do triângulo de Calot foi observada uma fístula entre a vesícula biliar e o colédoco, não sendo identificado o ducto cístico, caracterizando a síndrome de Mirizzi grau IV. Foi optada pela conversão para via laparotômica e realização da colecistectomia convencional e da derivação biliodigestiva. Paciente apresentou boa evolução pós operatória, com enzimas hepáticas e canalculares dentro dos valores de referência. **Conclusão:** A identificação correta das estruturas anatômicas durante a realização da colecistectomia videolaparoscópica reduz a possibilidade de lesão iatrogênica das vias biliares e permite que seja tomada a conduta adequada diante de qualquer alteração da anatomia usual, tal como acontece na síndrome de Mirizzi.

**Palavras-chave:** Mirizzi; Colecistectomia; Biliodigestiva.

E-mail do autor: manishiyama@hotmail.com

### 106 - TRATAMENTO DA ACALASIA DE ESOFAGO

Magno R<sup>1</sup>; Barcelos FVT<sup>1</sup>; Pazera LA<sup>1</sup>; Firme MS<sup>1</sup>; Souza IKF<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UFOP, Ouro Preto - MG - Brasil

**Objetivos:** A acalasia é a alteração motora esofágica mais conhecida e mais bem caracterizada, e é caracterizada pela perda do comando inibitório neural para relaxamento do músculo esofágico inferior causado principalmente por uma repercussão no trato digestivo da doença de chagas. O tratamento dessa afecção visa diminuir a pressão no esfíncter esofágico inferior a um nível que não impeça a passagem de alimento. Sabe-se atualmente que o tratamento cirúrgico é o mais efetivo no manejo dessa desordem. Portanto o objetivo desse trabalho é realizar uma Análise crítica do tratamento cirúrgico para correção da acalasia de esôfago. **Metodologia:** Revisão não sistemática da literatura a partir das bases de dados: PUBMED, UPTODATE e SCIELO com ênfase em “20” artigos publicados entre 2004 e 2014. **Resultados:** Foram encontrados 9 artigos sobre o tema com a relevância desejada e todos os artigos concordam ao avaliar a Cardiomiectomia à Heller(LMH) como o melhor tratamento, a exemplo Mohammad Yaghoobi e cols, 2013 que encontraram uma superioridade estatística em favor da Cardiomiectomia à Heller por via laparoscópica em comparação à dilatação pneumática de (86% vs 76%, odds ratio 1.98 (intervalo de confiança:1.14-3.45); P Z .02). Vale ressaltar que a LMH só deve ser realizada em pacientes com baixo risco cirúrgico e devem ser excluídas outras afecções antes do tratamento via LMH. **Conclusão:** Portanto vale ressaltar que a LMH associada a funduplicatura parcial é o melhor dos tratamentos cirúrgicos para acalasia e deve ser realizado apenas em pacientes selecionados à medida que existem outras opções de tratamento que apesar de serem menos efetivas possuem maior segurança para pacientes de risco cirúrgico mais elevado, como a dilatação pneumática, injeção de toxina botulínica, uso de nitratos via oral ou bloqueadores de canal de cálcio.

**Palavras-chave:** Acalasia Esofágica; Cardiomiectomia à Heller; Dilatação Pneumática.

E-mail do autor: rodrigomagno01@gmail.com

### 107 - COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DAS MOLÉSTIAS DE VIAS BILIARES - ESTUDO RETROSPECTIVO DOS PRIMEIROS 500 CASOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Andrade LC<sup>1</sup>; Almeida LT<sup>1</sup>; Baptistella LF<sup>1</sup>; Ocáriz RC<sup>1</sup>; Brito VS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade José do Rosário Velano, Alfenas - MG - Brasil

**Introdução:** Com o surgimento das fibras ópticas na área médica, houve um grande avanço na observação do aparelho digestivo, em especial as vias biliares. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) foi introduzida à medicina em 1968, e desde então evoluiu de um procedimento diagnóstico para diversas intervenções terapêuticas, como remoção de cálculos residuais de vias biliares, inserção de próteses, etc. **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo analisar retrospectivamente os primeiros 500 exames de CPRE diagnósticos e terapêuticos realizados na disciplina de Endoscopia Digestiva do Hospital Universitário Alzira Velano, em Alfenas - MG, respeitando as características da instituição de ensino e aprimoramento médico. **Métodos:** Análise retrospectiva dos dados referentes aos 500 primeiros exames de CPRE realizados entre os meses de maio de 1997 e março de 2004, em regime de internação hospitalar e de forma ambulatorial. Foram analisados dados relativos ao sexo, faixa etária, indicações da realização dos exames, resultado endoscópico e complicações. Para a realização do procedimento, foi suspenso o uso de antiagregantes plaquetários ou antiinflamatórios não-hormonais por 7 a 10 dias antes da realização do exame. Sedação com Midazolam (4-15mg) e Fentanil (25 a 50 µg) administrados por via endovenosa. Os exames foram realizados por um único endoscopista em todos os casos. **Resultados:** Houve prevalência do sexo feminino (296 - 59,2%) em comparação ao masculino (204 - 40,8%). A faixa etária mais prevalente foi entre 30 e 79 anos (366 - 73,2%). As principais indicações de exame nesta casuística foram: a icterícia obstrutiva (151 - 30,2%), icterícia a esclarecer (128 - 25,6%) e Coledocolitíase (28 - 5,6%). Os achados endoscópicos mais frequentes foram: dilatação de vias biliares extra-hepáticas (116 - 23,2%), coledocolitíase (115 - 23%) e exame sem alterações (54 - 10,8%). As complicações relacionadas ao procedimento foram: sedação para a realização do exame em 3 pacientes, nos quais houve mudança do padrão respiratório; 2 perfurações duodenais com 1 óbito; 1 hemorragia de papila, em que a conduta foi laparotomia com hemostasia; 3 pancreatites de resolução clínica e 1 impactação de Basket com cálculos, resolvida após repetidas tentativas de retirada. **Conclusão:** A CPRE mostrou-se um método eficaz no diagnóstico e tratamento de afecções das vias biliares, sendo seguro e com baixo índice de morbidade em ambiente universitário.

**Palavras-chave:** CPRE; Vias Biliares; Endoscopia Digestiva.

E-mail do autor: rodrigo\_ocariz@hotmail.com

### 108 - PLASMOCITOMA OVARIANO EM PORTADORA DE MIELOMA MÚLTIPLO - RELATO DE CASO

Loyola FZ<sup>1</sup>; Bernardes BR<sup>1</sup>; Silva MMQ<sup>1</sup>; Cavalcante CC<sup>1</sup>; Ribeiro PMG<sup>1</sup>; Michalick ID<sup>1</sup>; Paula IS<sup>1</sup>; Miyata S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Luxemburgo/Instituto Mário Penna, Belo Horizonte, MG - Brasil

**Objetivo:** A ocorrência de plasmocitomas extramedulares é incomum e pode ocorrer de forma isolada ou no contexto do mieloma múltiplo. Este artigo visa relatar um caso de plasmocitoma ovariano, dada a raridade deste achado e comparar com outros poucos casos descritos na literatura. **Métodos:** Relata-se o caso de paciente do sexo feminino de 58 anos, com história de dor abdominal e em membro inferior esquerdo, cuja tomografia computadorizada evidenciou massa pélvica bilateral e lesão osteolítica em fêmur esquerdo. Foi submetida à laparotomia com ooforectomia esquerda e salpingo-ooforectomia direita. Imuno-histoquímica sugere mieloma múltiplo/plasmocitoma e linfoma plasmablastico. Exames evidenciaram imunoglobulina monoclonal IgG/kappa e mielograma confirmou o diagnóstico de mieloma múltiplo. **Resultados:** Foram encontrados nove casos de plasmocitoma ovariano publicados na literatura, de pacientes com quadro de dor ou massa abdominal, submetidos a ressecção de massa pélvica. Detectou-se imunoglobulina monoclonal em cinco destes casos, sugerindo mieloma múltiplo associado. **Conclusão:** O tratamento da paciente foi realizado com esquema CTP (ciclofosfamida, talidomida, dexametasona), diferente do relatado nos demais casos, com marcadores clínicos e laboratoriais evidenciando excelente resposta.

**Palavras-chave:** Plasmocitoma; Mieloma Múltiplo; Ovário.

E-mail do autor: camila\_ccavalcante@hotmail.com

### 109 - ANÁLISE DAS ADERÊNCIAS PÓS-OPERATÓRIAS EM COELHOS SUBMETIDOS À PERITONECOMIA E TERAPIA LASER DE BAIXA INTENSIDADE (TLBI)

Rodrigues MT<sup>1</sup>; Teixeira MLD<sup>1</sup>; Vasconcellos LS<sup>1</sup>; Petroianu A<sup>1</sup>; Alberti LR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivos:** Avaliar os efeitos da aplicação do laser de baixa intensidade na prevenção de aderências abdominais e cicatrização da pele após peritonectomia. A motivação para o estudo é a melhora do prognóstico na evolução das cicatrizações após a ocorrência de cirurgias. **Método:** Foram utilizados 24 coelhos machos da raça Nova Zelândia, distribuídos aleatoriamente em 3 grupos (n=8): GC – grupo controle, GL1 – grupo com aplicação do laser na dose de 0,2 J e GL2 – grupo com aplicação do laser na dose de 3,6 J. Em todos os animais foi realizada ressecção bilateral de fragmento peritoneal. No 14º dia de pós-operatório os animais foram mortos e a formação de aderência foi avaliada quantitativa e qualitativamente. Foi realizada também a avaliação quantitativa e qualitativa do tecido cicatricial e da resposta inflamatória aguda. **Resultados:** A formação de aderência foi observada em 100% dos coelhos dos grupos GC e GL1 e 37,5% dos animais do grupo GL2 (p<0,01). A avaliação da tenacidade e vascularização das aderências entre os grupos não apresentou diferença significativa. A resistência à tração da pele entre os grupos não foi significativa (p=0,3106). **Conclusão:** A aplicação do laser de baixa intensidade na dose de 3,6 J, fluência de 90 J/cm<sup>2</sup>, potência de 40 mW e tempo de 90 s é eficaz na redução da formação, número e área de aderências abdominais em coelhos, sem modificar as características (tenacidade, vascularização e inflamação) e sem comprometer a resistência cicatricial pós-operatória da parede abdominal. **Descritores:** Aderências peritoneais, laser fotobioestimulação, irradiação laser de baixa potência, terapia laser de baixa potência, irradiação laser de baixa potência, terapia laser, cicatrização, coelho, resistência à tração, PCR.

**Palavras-chave:** Aderências Peritoneais; Irradiação Laser de Baixa Potência; Cicatrização.

E-mail do autor: mitr\_122@hotmail.com

### 110 - AVALIAÇÃO DO USO TÓPICO DO TAMOXIFENO NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO EM COELHOS

Rodrigues MT<sup>1</sup>; Magalhães MM<sup>2</sup>; Vasconcellos LS<sup>1</sup>; Petroianu A<sup>1</sup>; Alberti LR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UFMG, Belo Horizonte, MG – Brasil; <sup>2</sup>UNIG, Rio De Janeiro - RJ - Brasil

**Objetivos:** Avaliar os efeitos macroscópicos e histológicos do uso tópico do citrato de tamoxifeno creme, em diferentes concentrações, na cicatrização de feridas cutâneas em coelhos. A motivação para o estudo é a melhora do prognóstico na evolução das cicatrizações após a ocorrência de cirurgias. **Método:** Foram utilizados 16 coelhos machos, raça Nova Zelândia Branca, submetidos à exérese de seis fragmentos de pele, em forma de cunha. Os animais foram distribuídos em dois grupos (n=8). Grupo 1 (Controle): administração tópica de solução salina 0,9% para lavagem das feridas de 12/12 horas; Grupo 2 (Tamoxifeno): administração de citrato de tamoxifeno creme em duas concentrações diferentes. Os critérios macroscópicos das lesões cutâneas foram avaliados no primeiro, terceiro, sétimo, 14º e 21º dia do pós-operatório. No sétimo e 21º dias do pós-operatório, foram avaliados os seguintes critérios histológicos. **Resultados:** Não houve diferença na avaliação dos critérios macroscópicos das lesões cutâneas entre os grupos. O estudo histológico das lesões do dorso foi semelhante em ambos os grupos. Entretanto, houve redução do processo inflamatório e da proliferação de fibroblastos e fibras colágenas das lesões de orelha nos animais tratados com citrato de tamoxifeno, sendo essa resposta maior quanto maior a dose do fármaco. **Conclusões:** O citrato de tamoxifeno reduziu a gravidade das alterações microscópicas proliferativas e inflamatórias do processo cicatricial sem modificar o aspecto macroscópico em curto prazo.

**Palavras-chave:** Tamoxifeno; Cicatrização; Feridas Cutâneas.

E-mail do autor: mitr\_122@hotmail.com

### 111 - PANCREATITE PARA DUODENAL- IMPORTANTE DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES PANCREÁTICOS

Teixeira JCA<sup>1</sup>; Resende MHL<sup>1</sup>; Santos FGD<sup>1</sup>; Fraga RL<sup>1</sup>; Oliveira CF<sup>1</sup>; Salles PGO<sup>1</sup>; Miyata S<sup>1</sup>; Moreira RCL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Mario Penna, Belo Horizonte, MG – Brasil

A diferenciação entre neoplasias pancreáticas e lesões não neoplásicas inflamatórias resultantes das várias formas de pancreatite é um desafio para o cirurgião. As duas maiores categorias de lesões que mimetizam a neoplasia pancreática são a pancreatite autoimune e a pancreatite paraduodenal. Na pancreatite paraduodenal, os sintomas predominantes estão relacionados a alterações anatómicas: dor abdominal intensa, dismotilidade e estenose duodenal, vômitos pós-prandiais e perda de peso e estenose das vias biliares. A maioria dos pacientes encontram-se na 4ª ou 5ª década de vida, são do sexo masculino e possuem histórico de abuso intenso de álcool. Pacientes foram submetidos a cirurgia e o diagnóstico realizado após estudo anátomo-patológico da peça cirúrgica nos primeiros casos relatados. No entanto, trabalhos recentes relatam diagnóstico baseado em exames de imagem sem ressecção cirúrgica. O principal diagnóstico diferencial é o adenocarcinoma de pâncreas. Em casos típicos, o melhor critério diagnóstico é a presença de múltiplos cistos localizados na parede duodenal espessada com captação de contraste à TC. Achados obtidos a partir de punção por agulha fina guiada mostram alterações inflamatórias que podem ajudar no diagnóstico. Apresentamos o caso de uma paciente atendida devido a quadro de dor abdominal, vômitos, icterícia, acolia fecal, colúria e emagrecimento importante em dois meses de evolução. US mostrava lesão sólida, hipocóica, irregular e heterogênea em topografia de cabeça de pâncreas, obstruindo colédoco e ducto de Wirsung. À TC identificada dilatação de vias biliares intra e extra hepáticas e pancreatite necro hemorrágica de origem biliar. Exames mostravam CA19.9 elevado hiperbilirrubinemia. Levantada a hipótese de neoplasia pancreática. Encaminhada para laparotomia exploradora e identificada em cabeça de pâncreas irressecável. Realizado biopsias em cabeça de pâncreas, linfonodo cístico e implante peritoneal esquerdo. Anatomopatológico excluiu malignidade, assim como imunohistoquímica. Paciente foi submetida a tratamento com analgésicos para controle da dor em região epigástrica e outros sintomáticos. Níveis do marcador tumoral CA19.9 permaneceram em ascensão. Houve melhora da icterícia. Paciente segue em controle ambulatorial há um ano e meio. Essa Patologia apesar de rara deve ser lembrada com diagnostico diferencial das lesões pancreáticas suspeitas de malignidade.

**Palavras-chave:** Pancreatite Crônica; Pancreatite para Duodenal; Groove Pancreatitis.

E-mail do autor: jairo\_cat@terra.com.br

## 112 - ACOMPANHAMENTO A LONGO PRAZO DE UM CASO DE GIST DE ALTO GRAU – RELATO DE CASO

Miyata S<sup>1</sup>; Andrade R<sup>1</sup>; Cavalcante CC<sup>1</sup>; Santos FGCD<sup>1</sup>; Ribeiro PMG<sup>1</sup>; Resende MHL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Luxemburgo, Belo Horizonte, MG – Brasil

**Objetivo:** Relatar um caso de paciente portador de Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST) de origem gástrica com nove anos de evolução, relacionando dados colhidos na literatura científica acerca dos fatores prognósticos dos GIST gástricos. **Método:** Realizada revisão dos dados contidos em prontuário médico do paciente, no período de 2005 a 2014. **Resultados:** O presente caso trata-se do paciente ZF, 56 anos, masculino, sem comorbidades prévias. Em 2004 apresentou quadro de astenia e perda ponderal progressiva, sendo realizada endoscopia digestiva alta, cujo anátomo patológico revelou GIST gástrico. A ressecção cirúrgica é o método de escolha em todos os casos ressecáveis de GIST, contudo o resultado dessa terapia dependerá do comportamento biológico do tumor. A terapêutica alternativa mais eficaz na atualidade é o mesilato de imatinibe, utilizado no caso de tumores inoperáveis, ressecção cirúrgica incompleta ou metástase. O paciente foi submetido a gastrectomia total em 2005 e a peça cirúrgica revelou tumor maior que 10 cm, o que já o classifica como de alto grau. Realizado uso adjuvante de imatinibe. Após três anos, evoluiu com metástase hepática e realização de QT de regaste. Em 2012, evidenciou-se nódulo hepático com extensão para veia cava inferior, lesão peritoneal, ascite e lesão esclerótica óssea em coluna lombar, sendo iniciado sumatinibe como tratamento quimioterápico. Evoluiu em 2013 com lesões metastáticas no esqueleto e compressão da coluna vertebral, sendo submetido a 20 sessões de radioterapia. Nos últimos anos de tratamento, o paciente apresentou hiporexia e perda ponderal importantes, além de paresia em MIE. ZF continua em seguimento com cancerologia clínica e cirúrgica. **Conclusão:** O paciente foi submetido ao tratamento recomendado pela literatura atual, utilizando o mesilato de imatinibe como quimioterápico, mas, após três anos evoluiu com metástase hepática, sendo realizada quimioterapia de resgate com o mesmo fármaco. Mesmo após a troca do quimioterápico para sumatinibe, não foi obtida resposta satisfatória, havendo persistência de metástase hepática e surgimento de novas metástases. Portanto, observa-se que o GIST é um tumor de evolução agressiva cuja terapêutica disponível no momento, em muitos casos, mostra-se incapaz de conter a progressão da doença, apresentando baixos índices de cura. Apesar da piora clínica observada nos últimos anos, o paciente apresenta sobrevida longa quando comparado aos demais casos de GIST de alto grau.

**Palavras-chave:** GIST; IMATINIB; GIST Alto Grau.

**E-mail do autor:** raffaelandrade@hotmail.com