

## DESFECHO DESFAVORÁVEL EM APENDICITE COMPLICADA: ANTIBIOTICOTERAPIA EM DEBATE

Késia Gusmão Meirelles<sup>1</sup>, Gabriel Andrade Diniz<sup>1</sup>, Hélcio Vitor Pandini Siqueira<sup>1</sup>, Paula Costa Machado<sup>1</sup>, Hiolanda Gomes Piler Dornelas<sup>1</sup>, Vaine Gargiulo Soares Ribeiro<sup>1</sup>, Ana Clara Siman Andrade<sup>1</sup>, Emerson Ramos Lopes<sup>2</sup>.

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares – Governador Valadares, Brasil.
2. Médico Cirurgião Geral no Hospital Municipal de Governador Valadares – Governador Valadares, Brasil.

Autor Correspondente: Késia Gusmão Meirelles E-mail: kesiamirelles@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** A apendicite é a principal causa de abdome agudo cirúrgico no mundo.<sup>1</sup> Nos últimos anos, estudos científicos vêm sendo desenvolvidos com a finalidade de avaliar diferenças entre o tratamento operatório e o conservador. No entanto, a execução de trabalhos comparativos sobre esse assunto ainda é desafiadora.<sup>2</sup> **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente homem, 57 anos, encaminhado ao Hospital Municipal de Governador Valadares com dor abdominal em fossa ilíaca direita (FID) há 15 dias, do tipo cólica e intermitente, associada a febre e hiporexia. Presença de plastrão e dor à palpação profunda em FID. Realizada ultrassonografia (USG) abdominal que evidenciou abscesso em FID de provável origem ileoapendicular. Optou-se por tratamento com antibióticos para controlar o processo, visando evitar danos ao paciente que se encontrava estável e sem peritonite evidente. Foi submetido à apendicectomia no sétimo dia de internação hospitalar, implantando-se dreno de Penrose. Nos quatro primeiros dias de pós-operatório evoluiu com distensão e dor abdominal difusa, constipação, inapetência e drenagem de secreção purulenta através do dreno. Feito novo USG, apresentando coleções líquidas na cavidade abdominal. Realizada reabordagem com drenagem de abscesso em FID. Paciente evoluiu com melhora clínica e posterior alta hospitalar. **DISCUSSÃO:** Descrevemos o seguimento de uma apendicite de evolução prolongada, na qual fez-se tentativa inicial de abordagem não cirúrgica, com uso de antibióticos, objetivando reduzir o processo inflamatório e infeccioso e minimizar complicações pós-operatórias, para posterior intervenção operatória eletiva. De uma intervenção cirúrgica de execução fácil nas primeiras 24 horas, a abordagem cirúrgica da apendicite progressivamente torna-se mais complexa.<sup>3</sup> A partir do terceiro dia de evolução do quadro, a frequência de complicações passa a ter um impacto cada vez maior na forma de tratamento.<sup>4</sup> **CONCLUSÃO:** Complicações encontradas em pacientes submetidos a apendicectomia relacionam-se à fase em que a doença é tratada. Quanto maior a duração dos sinais e sintomas, maior o risco de perfuração do apêndice e de complicações pós-operatórias, o que demonstra a importância do diagnóstico e intervenção precoces.<sup>5</sup> Na consonância de alguns estudos atuais que tentam incluir a antibioticoterapia como tratamento padrão, esse caso reforça que o quadro clínico do paciente é mandatório para a decisão terapêutica, visando uma recuperação mais rápida.<sup>6</sup>

**PALAVRAS-CHAVE:** Apendicite complicada. Abordagem cirúrgica. Complicações pós-operatórias. Intervenção precoce. Antibioticoterapia.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Garcia FR, Bettini PM, Maya M, Leal P. Apendicite aguda. Revista hospital Universitário Pedro Ernesto. 2009;8(1): 1-17
- Hirano ES, Pereira BMT, Bustorff-Silva JM, Rizoli S, Nascimento JR B, Fraga GP. Apendicite aguda não complicada em adultos: tratamento cirúrgico ou clínico?. Rev. Col. Bras. Cir. 2012; 39( 2 ): 159-64.
- Moreira LF, Garbin HI, Da-Natividade GR, Silveira BV, Xavier TV. Fatores preditores de complicações pós-operatórias em apendicectomias. Rev. Col. Bras. Cir. 2018; 45( 5 ): e19.
- Laguzzi MC, Rodríguez F, Costa JM, Chinelli J, Rappa J, Trostchansky J, et al . Abscesos residuales en apendicitis aguda. Comparación entre abordaje laparotómico vs. Laparoscópico. Anfamed . 2019; 6( 1 ): 170-90.
- Iamarino APM, Juliano Y, Rosa OM, Novo NF, Favaro ML, Ribeiro Júnior MAF. Fatores de risco associados às complicações de apendicite aguda. Rev. Col. Bras. Cir. 2017 ; 44( 6 ): 560-6.
- Ximenes AMG, Mello FST, Lima-Júnior ZB, Cícero FF, Cavalcanti ADF, Dias-Filho AV. Tempo de internação após apendicectomia aberta por três técnicas cirúrgicas diferentes. Abcd, arq. Bras. Cir. Dig. 2014 ; 27( 3 ): 188-90.

## PELVIGLOSSOMANDIBULECTOMIA ONCOLÓGICA: RELATO DE UM RARO CASO DE OSTEOSSARCOMA MANDIBULAR

Iara Arruda dos Santos<sup>1</sup>, Joice Ferreira Silva<sup>1</sup>, Lorrainy Simonassi Coutinho<sup>1</sup>, Luana Ribeiro Silveira<sup>1</sup>, Nathália Lopes<sup>1</sup>, Victor Gabriel Alves de Faria<sup>1</sup>, Samyr Coradini Lopes<sup>1</sup>, Marcela Lagoas Neto<sup>2</sup>, Natálio Peron de Oliveira<sup>3</sup>

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – campus Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.

2. Médica Oncologista do Hospital Samaritano – Governador Valadares, Brasil.

3. Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Hospital Samaritano – Governador Valadares, Brasil.

Autor correspondente: Iara Arruda dos Santos

E-mail: [iaraarrsantos@gmail.com](mailto:iaraarrsantos@gmail.com)

**Introdução:** O osteossarcoma (OS) é o tumor maligno primário mais comum do osso, responsável por aproximadamente 20% dos sarcomas, ocorrendo com maior frequência em ossos longos.<sup>1</sup> Representa uma neoplasia rara, geralmente localizada na metáfise, com uma incidência estimada de cerca de 0,7 novos casos para cada 100 mil pessoas, dos quais apenas 10% afetam a mandíbula<sup>2</sup>; e representa menos de 1% de todas as biópsias da maxila e mandíbula.<sup>3</sup> Os sinais e sintomas mais comuns são dor ou parestesia, crescimento rápido, inchaço e expansão do osso cortical, assimetria facial, obstrução nasal, deslocamento e mobilidade dos dentes associados. **Descrição do Caso:** C.M.B., sexo feminino, 61 anos. Em junho/2017 iniciou quadro de sensibilidade aumentada em região interna da boca, que acreditou ser de origem odontológica. Em novembro/2018 iniciou o surgimento de uma massa de crescimento rápido em região mandibular direita. Em maio/2019 foi realizada biópsia da lesão, que ocupava toda a boca da paciente. **Laudo:** lesão fusocelular ulcerada de linhagem de diferenciação celular não definida morfológicamente. Solicitado estudo imuno-histoquímico da peça cirúrgica, cujo resultado evidenciou osteossarcoma de alto grau de mandíbula. Foi realizada dissecação e ressecção de toda a lesão, incluindo 2/3 da mandíbula e assoalho da língua à direita; bem como linfadenectomia cervical supraomohioidea direita e esquerda. Reconstrução com retalho miocutâneo, confecção de assoalho da boca e mucosa jugal direita. **Discussão:** A taxa de sobrevida de 5 anos para OS primários dos ossos mandibulares varia de 30 a 40%, sendo relatada taxa de sobrevida acima de 80% para pacientes que se submeteram à ressecção radical precocemente<sup>6</sup>, por isso na maioria dos casos a terapia de escolha é a excisão cirúrgica radical. Quanto à quimioterapia, parece apresentar pouco impacto nas taxas de sobrevida de pacientes acometidos por OS mandibular, e isto se explica pelo fato das metástases serem raras e tardias, ocorrendo em apenas 18% dos casos, devendo-se considerar ainda a recorrência local da lesão como a principal causa de morte.<sup>7</sup> **Conclusão:** Tendo em vista a raridade desta entidade, bem como a rápida evolução e agressividade do presente caso, denota-se a importância do diagnóstico precoce, objetivando melhor terapêutica e sobrevida.

**Palavras-Chave:** Osteossarcoma. Mandibulectomia. Oncologia. Cirurgia de cabeça e pescoço

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Soares RC, Soares AF, Souza LB, dos Santos AL, Pinto LP. Osteossarcoma de mandíbula inicialmente mimetizando lesão do periápice dental: relato de caso. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2005;71(2):242-5

Davila JAV, Ladino JDC, Garcia LFI, Rojas CAV, Rodriguez OL, Bermudez LER. Low-grade fibroblast osteosarcoma. A case report and literature review/ Osteosarcoma mandibular fibroblástico de bajo grado. Reporte de caso y revisione de la literatura. *Revista Universitas Medica.* 2016; 57(4):524

Pellitteri PK, Ferlito A, Bradley PJ, Shaha AR, Rinaldo A. Management of sarcomas of the head and neck in adults. *Oral Oncology*, 20003; 39(1): 2-12.

Valente R, Abreu TC, Flávio HR. Osteossarcoma em Mandíbula-Relato de Caso.buco-maxilo-fac. *Rev.cirtraumatica* 2011;11(4):37-42.

Ogunlewe MO, Ajayi OF, Adeyemo WL, Ladeinde AL, James O. Osteogenic sarcoma of the jaw bones: a single institution experience over a 21-year period. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.* 2006; 101(1): 76-81.

Junior AT, de Abreu AF, Pinto CAL, Carvalho AL, Kowalski LP, Lopes MA. Clinicopathological and immunohistochemical analysis of twenty-five head and neck osteosarcomas. *Oral oncology.* 2003; 39(5): 521-30.

Bennett JH, Thomas G, Evans AW, Speight PM. Osteosarcoma of the jaws: a 30-year retrospective review. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.* 2000; 90(3), 323-33.

Carnelio S, Pai K, Rao N, Solomon M, Ahasan A. Metastatic osteosarcoma to the maxilla: a case report and a review of the literature. *Quintessence international.* 2002; 33(5).

Mardinger O, Givol N, Talmi YP, Taicher S. Osteosarcoma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 91(4): 445-51.

ElKordy MA, ElBaradie TS, ElSebai HI, Amin AAE, KhairAlla SM. Osteosarcoma of the jaw: Challenges in the diagnosis and treatment. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute.*2018; 30(1), 7-11.

Oliveira LGR, Cunha JLS, Bezerra BT, Melo MDFB, Fonte J, Albuquerque Jr RLC. Chondroblastic osteosarcoma of the mandible: case report. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial.* 2018; 54(2): 111-5.

Pedruzzi PAG, Costa PB, de Oliveira BV, Ramos GHA, Sassi LM, Orlandi, D. Osteossarcoma da cabeça e pescoço. *Revista Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço.* 2006; 35

Matos GS, Oliveira LG, Bezerra BT, Albuquerque-Júnior RLC. Osteossarcoma condroblástico em mandíbula com curso clínico fatal: relato de caso e discussão dos conceitos atuais [Trabalho de conclusão de curso]. Aracaju: Universidade Tiradentes, Curso de Odontologia. 2016

Camargo AJ, Cheade M, Martinelli C, Watanabe PCA. Undifferentiated osteosarcoma of the mandible oblique line: a case report. *Brazilian Dental Science.*2015; 18(1).

## RELATO DE CASO: GASTROPLASTIA EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS PARCIALIS

Jennifer Ribeiro Rubim<sup>1</sup>, Alberto Figueiredo de Andrade<sup>2</sup>, Lucas Carvalho Baltar Fernandes<sup>1</sup>, Lucas Peres Ferreira<sup>1</sup>, Pedro Vecchi Silva Siqueira<sup>1</sup>, Rafael Pimenta Magalhães<sup>1</sup>, Emerson Silveira de Araújo<sup>3</sup>

1. Acadêmicos de Medicina da Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Brasil.
2. Médico Residente Cirurgia Geral do Hospital Municipal de Governador Valadares, Brasil.
3. Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo do Hospital Municipal de Governador Valadares e Membro adjunto da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica.

Autor Correspondente: Jennifer Ribeiro Rubim

E-mail: [jenniferibeiror@hotmail.com](mailto:jenniferibeiror@hotmail.com)

**INTRODUÇÃO:** O situs inversus parcialis (SIP) é uma condição genética rara na qual um ou mais órgãos do abdome e do tórax são espelhados para o lado oposto no corpo através do plano sagital. A gastroplastia por bypass em Y de Roux é a cirurgia bariátrica mais realizada no mundo hoje, podendo ser feita por técnica convencional ou laparoscópica, coexistindo com situs inversus parcialis na proporção de um em um milhão. **RELATO DE CASO:** Paciente, V.S.P., 24 anos de idade, feminino, IMC 40,51 Kg/m<sup>2</sup> (Obesidade grau III), sem comorbidades de conhecimento prévio. Apresentou situs inversus parcialis diagnosticada a partir de exames pré-operatórios que apresentavam retro-transposição dos órgãos abdominais, hepatomegalia com sua maior parte localizada à esquerda do abdome, vesícula biliar à esquerda, loja gástrica e estômago à direita, poliesplenia e veia cava à esquerda da aorta. Paciente foi indicada para tratamento cirúrgico para obesidade mórbida e foi realizada a técnica de bypass gástrico em Y de Roux por laparotomia. Após procedimento cirúrgico realizado com sucesso, iniciou dieta líquida restrita em primeiro dia pós-operatório e alta hospitalar no dia seguinte. **DISCUSSÃO:** A obesidade mórbida é uma doença crônica que está em aumento no Brasil e no mundo e o método de tratamento mais utilizado para essa enfermidade é através de procedimento cirúrgico, permitindo um melhor controle de parâmetros para saúde a longo prazo. A técnica de gastroplastia de bypass gástrico em Y de Roux por laparotomia para o tratamento da obesidade mórbida vem aumentando com o passar dos anos, e a avaliação pré-operatória para situs inversus parcialis deve investigar anomalias viscerais e a orientação das mesmas. As anomalias podem ser identificadas por exames de imagem para determinar o tratamento cirúrgico apropriado e diminuir as dificuldades, visto que os procedimentos cirúrgicos são considerados mais difíceis em pacientes com situs inversus parcialis do que em outros pacientes devido a diferente posição anatômica de órgãos. **CONCLUSÃO:** A importância de um diagnóstico pré-operatório deve ser ressaltada para determinar técnicas e abordagem da gastroplastia em paciente com situs inversus parcialis, visto que o diagnóstico realizado intra-operatório em cirurgias de emergência dificulta o desempenho clínico cirúrgico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Situs Inversus. Bypass gástrico. Cirurgia bariátrica. Obesidade mórbida. Laparotomia.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abdullah NL, Quek SC, Seto KY, Teo LLS. Clinics in diagnostic imaging (160). Levocardia with abdominal situs inversus. Singapore Medical Journal. 2015;56(4):198-202.
- Barros CJM, Rapoport A, Andrade Sobrinho J, Dedivitis RA, Grill EH. Derivação gastrojejunal com anel de contenção no tratamento de obesidade mórbida em paciente com situs inversus totalis. Rev. Col. Bras. Cir.2010;37(2): 157-8
- Borude S, Jadhav S, Shaikh T, Nath S. Laparoscopic sleeve gastrectomy in partial situs inversus. Journal of Surgical Case Reports. 2012;2012(5):8.
- Dalal JS, DRME (Pb.), State Medicolegal Advisor, Principal, Professor and Head, Forensic Medicine, SITUS INVERSUS TOTALIS. JPAFMAT, 2004; 4.
- JUAN Manuel Melchor González Calle Primera de Francisco Rivera SM-5 M-10 L-32 Unidad Habitacional Vicente Guerrero. Delegación: Iztapalapa México. Situs inversus. Reporte de dos casos. Ichor-González JM y cols. 72 edigraphic.com Cir Ciruj 2000; 68: 72-5
- CFM aumenta rol de comorbidades para indicação de Cirurgia Bariátrica para pacientes com IMC entre 35kg/m<sup>2</sup> e 40kg/m<sup>2</sup>. São Paulo. 2016. Disponível em: < <http://www.sbcbm.org.br/wordpress/cfm-aumenta-rol-de-comorbidades-para-indicacao-de-cirurgia-bariatrica-para-pacientes-com-imc-entre-35kgm%C2%B2-e-40kgm%C2%B2/>>
- María JC, Ros F, Amparo M, Maravall MLI, Álvarez-Pitti J. Situs inversus totalis: A propósito de 2 casos clínicos. Rev. chil. pediatr., Santiago. 2014; 85(3): 344-50.
- Machado NO, Chopra P. Laparoscopic Cholecystectomy in a Patient with Situs Inversus Totalis: Feasibility and Technical Difficulties. JSL : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2006;10(3):386-91.
- Oliveira AVC, et al. Abdome agudo perfurativo por corpo estranho em paciente com situs inversus totalis. ABCD, arq. bras. cir. Dig. 2008;21(4): 215-7
- Oliveira JR, Sagawa GM, Vieira MCA, Guidoux GN, Ribeiro MAS, Tomita WK, et al. SITUS INVERSUS TOTALIS - RELATO DE CASO. III SEMIC – Seminário de Iniciação Científica da UNIFENAS 18, 19 e 20 de outubro de 2004
- Vilallonga R, C. Grossen y J. Himpens. BYPASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA EN UN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS. Cir Esp. 2013;91(2):749
- Swensson RC, Jorge Júnior JJ, Swensson RP, Machado PKMS, Morad Filho JFM, Santana CP. Síndrome de Kartagener: relato de caso. Rev Bras Otorrinolaringol. 2003;69(6):857-61
- Pareja JC, Pilla VF, Calejas-Neto F, Coelho-Neto JS, Chaim EA, Magro DO. Gastroplastia redutora com bypass gastrojejunal em Y-de-Roux: conversão para bypass gastrointestinal distal por perda insuficiente de peso - experiência em 41 pacientes. Arq. Gastroenterol. 2005;42(4): 196-200

## TRANSPLANTE UTERINO, UMA ALTERNATIVA PARA A INFERTILIDADE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Laryssa Silva Amorim<sup>1</sup>, Ana Campos Pires<sup>2</sup>, André de Tassis Cabral Fernandes<sup>1</sup>, Erick Corbelli Raulino<sup>1</sup>, Gabriela Souza Diniz Ricardo<sup>2</sup>, João Pedro Faria Pereira<sup>1</sup>, Lázaro Azevedo Leite<sup>1</sup>, Maria Inês de Miranda Lima<sup>3</sup>

1. Acadêmicos da Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, MG – Brasil.

2. Acadêmicas de medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

3. Médica Ginecologista e Obstetra, Chefe do departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Santa Casa de Belo Horizonte e Presidente da Associação Médica de Minas Gerais.

Autor correspondente: Gabriela Souza Diniz Ricardo

E-mail: gabrielasouzadr@gmail.com

**INTRODUÇÃO:** Estima-se que 1 em cada 500 mulheres em idade fértil é afetada pela infertilidade atribuída a causas exclusivamente uterinas. Quando relacionada à fibroma submucoso, útero não funcionante, pólipos endometriais, útero septado ou sinéquias uterinas, a histerectomia é indicada, sendo, portanto, o transplante uterino (TU) opção para aquelas que desejam ser mães. **OBJETIVOS:** Avaliar a eficácia do TU como alternativa ao tratamento da infertilidade. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão da literatura de cunho qualitativo, descritivo e transversal embasada em artigos publicados nos bancos de dados UpToDate e PubMed no período de 2002-2019. **DISCUSSÃO:** O TU representa grande avanço para a ginecologia e obstetrícia, ainda que atualmente seja indicado apenas para pacientes com útero que não pode ser recuperado ou pacientes histerectomizadas. A cirurgia de TU é um processo complexo de várias etapas, que envolve doador, receptor e o fator genético, sendo somente indicada quando atende os pré-requisitos médicos e psicológicos. O útero do doador é removido com os vasos uterinos intactos e ligados a porções dos vasos ilíacos internos e potencialmente aos vasos ilíacos comuns, uma vez que ter pedículos vasculares longos facilita o transplante do órgão no receptor. O procedimento é iniciado através de uma incisão infra-umbilical na linha média, com dissecação das artérias e veias ilíacas externas. O enxerto é colocado na pélve e a anastomose é realizada, sendo a veia anexada antes da artéria. Após a perfusão do órgão e reparação de eventuais vazamentos anastomóticos, a vagina do receptor é aberta com uma incisão vertical e a borda vaginal do útero enxertado é anastomosada para a abóbada vaginal aberta com uma sutura absorvível contínua. O procedimento é finalizado com a fixação bilateral do útero às suturas dos ligamentos sacrouterinos, redondos e tecidos paracervicais. O TU possui característica única dentre os transplantes: é temporário. O órgão é mantido até a paciente gerar o número de filhos desejados, e então é removido por histerectomia ou por descontinuação da imunossupressão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência de TU em humanos ainda está em fase de experimentação, com riscos, benefícios e complexas discussões médicas e legais. Em contrapartida o TU vem ganhando força nos últimos anos, principalmente após uma gestação bem sucedida em um útero transplantado em 2016 no Hospital das Clínicas em São Paulo, o que o faz ser um tema ainda mais discutido visando torná-lo realidade para as inúmeras mulheres inférteis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Útero. Transplante. Infertilidade.

### REFERÊNCIAS

Akar M, Ozkan O, Aydinuraz B, Dirican K, Cincik M, Mendilcioglu I, et al. Clinical pregnancy after uterus transplantation. *Fertil Steril* 2013; 100:1358–63.

Brännström M, Diaz C, Hanafy A, Olausson M, Tzakis A. Uterus transplantation: animal research and human possibilities. *Fertil Steril*. 2012; 97(6):1269-76

Brännström M, Johannesson L, Bokström H, Kvarnström N, Mölne J, Dahm-Kähler P, et al. Livebirth after uterus transplantation. *The Lancet*. 2015; 385(9968): 607–16.

Chao N. Overview of immunosuppressive agents used for prevention and treatment of graft-versus-host disease. UpToDate Online version 14.1, 2019.

Dahm-kähler P, Diaz-Garcia C, Brännström M. Human uterus transplantation in focus. *British Medical Bulletin*. 2005;117:69-78.

Ejzenberg D, Andraus W, Mendes LRBC, Ducatti L, Song A, Tanigawa R, et al. Livebirth after uterus transplantation from a deceased donor in a recipient with uterine infertility. *The Lancet*. 2018;392(10165): 2697–704.

Jones P, Saso S, Yazbek J, Smith JR. Uterine transplantation: past, present and future. *BJOG*. 2016;123(9):1434-8

Milliez J. Uterine transplantation FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;106(3):270

Wendy M, Hornstein, M. Causes of female infertility. UpToDate, 2019.

Ejzenberg Dani. Livebirth after uterus transplantation from a deceased donor in a recipient with uterine infertility. *The Lancet*. Reino Unido. 2018; 392: 2697- 704

## ABDOME AGUDO GINECOLÓGICO EM PACIENTE COM MASSA ANEXIAL PALPÁVEL: RELATO DE CASO

Letícia Meyer Ulhôa<sup>1</sup>, Laís Ciribelli Yamaguchi<sup>1</sup>, Isabela Souza Andrade<sup>1</sup>, Luísa Fernandes Bicalho<sup>1</sup>, Marcela Lagoas Neto<sup>2</sup>

1. Discente de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus avançado Governador Valadares. Governador Valadares, Brasil.

2. Médica oncologista clínica no Núcleo de Especialistas em Oncologia (NEO). Governador Valadares, Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus avançado Governador Valadares.

Autor: Letícia Meyer Ulhôa

E-mail do autor: leticia.meyer17@hotmail.com

Endereço institucional: Rua São Paulo, número 745, Centro, Governador Valadares, CEP 35010-180, Minas Gerais, Brasil.

**Introdução:** Massa anexial é o aumento de volume dos anexos uterinos. A abordagem é complexa pois há muitas possibilidades diagnósticas. Diante do avanço e propagação dos métodos de imagem, é uma afecção detectada com maior frequência<sup>1</sup>. No Brasil ocorre em 5-10% das mulheres durante a vida<sup>1</sup>. Embora a maioria das etiologias seja benigna, a possibilidade de malignidade sempre deve ser considerada<sup>2</sup>. Para diagnóstico diferencial avalia-se história clínica, exame físico, exames de imagem e marcadores tumorais<sup>3</sup>. **Descrição do caso:** Paciente de 40 anos, sexo feminino, nulípara, relata dor em fossa ilíaca direita (FID) com um ano de evolução e piora no período menstrual. Menarca aos 12 anos, sem alterações no ciclo. Ao exame físico: massa palpável em FID, exame ginecológico e toque retal sem alterações; antígeno de câncer 125 (CA-125)=156,7. À tomografia de abdome total: imagem cística, septada, em anexo direito, de 12 cm, compatível com neoplasia ovariana. Foi encaminhada ao Núcleo de Especialistas em Oncologia com proposta cirúrgica para confirmar diagnóstico, estadiar e tratar. Porém, após 13 dias, evoluiu com rebaixamento do sensorio, hipotensão arterial, dessaturação, taquicardia, febre, palidez, abdome ascítico, doloroso à palpação, sinais de peritonite e leucocitose com desvio à esquerda; descartada gravidez. Diante da instabilidade hemodinâmica por choque séptico, foi internada em Centro de Terapia Intensiva para estabilização. Realizada laparotomia exploratória, com pus em cavidade abdominal, e anexectomia direta. O anatomopatológico revelou endometrioma ovariano descartando a hipótese de neoplasia. **Discussão:** O endometrioma ovariano é manifestação localizada da endometriose e atinge 17-44% das pacientes<sup>4</sup>. O diagnóstico é suscitado pela infertilidade, CA-125 alto e ultrassom, porém quando há componentes sólidos ou mistos pode ser confundido com neoplasia ovariana<sup>3,4</sup>. Endometrioma roto e ruptura de abscesso ovariano no interior do endometrioma são eventos raros e cursam com abdome agudo e choque, sendo possíveis etiologias para o caso descrito<sup>5,6,7</sup>. **Conclusões:** O risco de malignidade da massa anexial aumenta com a idade. Porém, mesmo benigna, pode ter complicação aguda: infecção, torção, ruptura ou hemorragia<sup>5,6</sup>. Assim, o abdome agudo ginecológico cursa com dor abdominal súbita oriunda de afecção ginecológica, e pode evoluir para peritonite e choque, a abordagem é clínica ou cirúrgica<sup>7</sup>. A paciente evoluiu bem e segue ambulatorialmente com Ginecologista.

**Palavras-chave:** Doenças dos anexos. Cistos ovarianos. Endometrioma. Abdome agudo. Choque séptico.

**Referências:**

Hoffman MS, Hochberg L. Differential diagnosis of the adnexal mass. UpToDate. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-the-adnexal-mass#H22>.

Lima RA, Viotti LV, Cândido EB, Silva-Filho AL. Abordagem das massas anexiais com suspeita de câncer de ovário. *Femina*. 2010;38(6):259-262.

Neto FA, Palma-Dias R, Costa FS. Ultrassonografia nas massas anexiais: aspectos de imagem. *Radiol Bras*. 2011;44(1):59-67.

Podgaec S. Manual de Endometriose. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2014.

Fonseca EKUN, Bastos BB, Yamauchi FI, Baroni RH. Endometrioma roto: principais achados de imagem. *Radiol Bras*. 2018;51(6):411-412.

Mateo-Sáñez HA, Olea-Covarrubias E, Hernández-Escobar L, Mateo-Madrigal M, Mateo-Madrigal V, Mateo-Madrigal D. Endometrioma complicado por absceso ovárico espontâneo. *Ginecol obstet Méx*. 2017;85(4):267-271.

Oliveira MAP, Melki LA, Tavares RCS. Abdome agudo ginecológico. *Med. HUPE-UERJ*. 2009;8(1):81-88.

## ABDOMEN AGUDO OBTURATIVO EM PACIENTES PÓS GASTROPLASTIAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Tinzia Márcia Alves Carvalho<sup>1</sup>, Gustavo Estevam da Silva Gomes<sup>2</sup>, Romeo Lages Simões<sup>3</sup>

1. Residente de Cirurgia Geral do Hospital Municipal de Governador Valadares – Governador Valadares – MG – Brasil.

2. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Campus Governador Valadares – Governador Valadares – MG – Brasil.

3. Cirurgião Geral Avançado e do Trauma do Hospital Municipal de Governador Valadares – Governador Valadares - MG - Brasil

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) – CAMPUS GOVERNADOR VALADARES – MG.

Autor: Tinzia Márcia Alves Carvalho

E-mail: tinziamarca@yahoo.com.br

Endereço institucional: Avenida Dr. Raimundo Monteiro Rezende, 330. Centro. Governador Valadares – MG.

**Introdução:** O espaço de Petersen (EP) é o principal local relacionado às hérnias internas (HI) pós Bypass Gastrointestinal em Y de Roux (BGYR), acometendo principalmente a alça biliopancreática (ABP).<sup>1</sup> No entanto, nem sempre é o responsável por tal afecção. Este relato descreve uma HI causada por brida, comprometendo a ABP, alça alimentar (AA) e alça comum (AC), evidenciando que nem sempre o EP está envolvido. Descrição do caso: RAC, feminino, 41 anos, queixa de dor abdominal intensa há 48 horas, associada a vômitos biliosos e quadro de obstrução intestinal. Ao exame físico, sinais de choque séptico, abdome distendido e irritação peritoneal. História progressiva de BGYR via convencional há 1 ano e 7 meses e herniorrafia incisional há 1 ano e 2 meses, em decorrência do primeiro procedimento. Exames propedêuticos corroboraram para o diagnóstico sintomático de abdome agudo obstrutivo. Durante a laparotomia exploradora de urgência identificou-se uma firme brida entre o folheto parietal do peritônio e o meso de delgado, relacionada à cirurgia de herniorrafia incisional, que originou uma HI. Esta HI promoveu o estrangulamento e perfuração da AA e da base do Y de Roux, envolvendo assim ABP e AC. Dessa forma, foi realizada enterectomia de 60 cm de AA, além de 10 cm da ABP e 5 cm da AC, mantendo-se a reconstrução de trânsito em Y de Roux, com posterior apendicectomia táctica. Paciente permaneceu no CTI por 21 dias, recebendo alta hospitalar no 27º dia pós-operatório. Discussão: Pacientes submetidos à BGYR podem evoluir com quadro de obstrução intestinal pelo aparecimento de HI no pós-operatório tardio.<sup>2</sup> Porém, a baixa especificidade dos sintomas e dos exames de imagem podem dificultar o diagnóstico, não sendo incomum que o mesmo seja feito durante a cirurgia.<sup>3</sup> No relato, a HI foi causada por uma extensa brida entre o folheto parietal do peritônio e o meso de delgado, causando estrangulamento e perfuração das 3 alças simultaneamente. Segundo a literatura, até 70% das HI pós BGYR ocorrem através do EP ou na abertura mesentérica da enteroenteroanastomose, envolvendo principalmente a ABP.<sup>1</sup> Poucos relatos demonstraram a relação entre bridas causando HI, bem como a afecção concomitante das três alças, o que torna nosso caso incomum. Conclusão: Portanto, outras possibilidades diagnósticas para causa de HI devem ser aventadas nessa população, sobretudo pelo acometimento concomitante das 3 alças e o não envolvimento dos locais mais comumente responsáveis pela afecção.

**Palavras-chave:** Cirurgia bariátrica. Hérnia interna. Espaço de Petersen.

**Referências:**

1. Murad-Junior AJ, Scheibe CL, Campelo GP, de Lima RC, Murad LM, dos Santos EP, et al. Manobra de fixação jejunal para prevenção de hérnia de Petersen em by-pass gástrico. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2015; 28 (Supl.1): 69-72.
2. Ximenes MAS, Baroni RH, Trindade R, Abdala R, Racy MCJ, Moron RA, et al. Achados tomográficos na hérnia de Petersen como complicação de cirurgia bariátrica com bypass gástrico em Y-de-Roux. Einstein. 2008; 6:(4):52-8.
3. Santos EPR. Hérnia interna após derivação gástrica em Y de Roux por videolaparoscopia: diagnóstico preditivo e correção cirúrgica precoce. – Recife: O autor, 2015.



## ABDOME AGUDO OBRUTIVO POR PERITONITE ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE: RELATO DE UM CASO

Mônica Joana Breijão do Prado<sup>1</sup>, Hécio Vitor Pandini Siqueira<sup>1</sup>, Vitor Lara Felício<sup>1</sup>, Yasmin Guerra Saib Abi-Habib<sup>1</sup>, Alberto Figueiredo de Andrade<sup>2</sup>

1. Acadêmico(a) do 11º período de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - campus Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

2. Médico residente em Cirurgia Geral pela Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. Orientador.

Autor correspondente: Alberto Figueiredo de Andrade. E-mail: albertofigueiredo\_14@hotmail.com.

Endereço institucional: Secretaria Municipal de Saúde de Governador Valadares. Rua São João, 192, Esplanada – Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. 35020-550.

Trabalho desenvolvido no Hospital São Lucas de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

**INTRODUÇÃO.** A Peritonite Esclerosante Encapsulante (PEE) é uma condição rara, de alta morbimortalidade, caracterizada pela fibrose do peritônio sobretudo após lesão tecidual deste órgão. A diálise peritoneal (DP) prolongada é o principal fator de risco para desenvolvimento desta patologia. A seguir, relatamos o caso de um paciente com quadro grave de obstrução intestinal por PEE pós DP, bem como discutimos a importância do diagnóstico e tratamento precoces desta condição. **DESCRIÇÃO DO CASO.** Paciente masculino, 44 anos, portador de insuficiência renal crônica por Doença de Berger (nefropatia por IgA). Em hemodiálise no momento, advindo de DP por 5 anos. Deu entrada ao pronto socorro queixando dor e distensão abdominal, com parada de eliminação de flatos e fezes há 8 dias. Tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou espessamento da parede intestinal e peritoneal, calcificações grosseiras em peritônio parietal, ascite e pneumoperitônio. Foi submetido a laparotomia exploradora, na qual encontrou-se membrana fibrosa, espessa, sólida, formando placas aderidas em todo peritônio parietal e visceral dando aspecto de abdome congelado. Apresentava ascite de aspecto achocolatado. As estruturas estavam firmemente aderidas, não sendo possível exploração e liberação de alças intestinais. Foi realizada limpeza da cavidade e coletada amostra do material para anatomopatológico, o qual posteriormente confirmou o diagnóstico. Paciente foi encaminhado à UTI e evoluiu ao óbito no dia seguinte. **DISCUSSÃO.** A PEE consiste em um processo inflamatório fibrosante e difuso do peritônio, bloqueando o peristaltismo e gerando quadros semioclusivos ou oclusivos do intestino, como ocorrido no caso relatado. O diagnóstico é clínico e radiológico, sobretudo com a TC de abdome, suspeitando-se em casos de diálise peritoneal prolongada, dor abdominal recorrente e quadros obstrução parcial ou total do intestino. O tratamento farmacológico com imunossuppressores é possível nas fases iniciais da doença e tem desfecho mais favorável que a abordagem cirúrgica. Em estágios avançados o tratamento operatório é a única opção viável, mesmo com desfecho fatal em até um terço dos casos. **CONCLUSÕES.** A PEE é uma complicação rara da DP, porém com alta morbimortalidade. Embora pouco estudada, sabe-se que seu diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para melhor prognóstico, e deve estar presente no diagnóstico diferencial das obstruções intestinais nos pacientes em DP.

**Palavras-chave:** Abdome agudo obstrutivo. Peritonite esclerosante encapsulante. Obstrução intestinal. Diálise peritoneal.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cestari AT, Conti ML, Prats JAGG, Sato Junior H, Abensur H. Peritonite esclerosante encapsulante pós-diálise peritoneal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2013;35(1):65-68.
2. Candido PCM, Werner AF, Pereira IMF, Matos BA, Pfeilsticker RM, Silva Filho R. Peritonite esclerosante encapsulante: relato de caso. *Radiologia Brasileira*. 2015;48(1):56-58.
3. Cruz EA, Sales ICB, Farias LABG, Alencar MS, Alves EP, Fortaleza JEA. Peritonite esclerosante encapsulante secundária à trauma abdominal: relato de caso e revisão de literatura. *Relatos de Casos Cirúrgicos*. 2018;4(2):1-3.
4. Moinuddin Z, Summers A, Van Dellen D, Augustine T, Herrick S. Encapsulating peritoneal sclerosis: a rare but devastating peritoneal disease. *Frontiers in Physiology*. 2015;5.
5. Brown MC, Simpson K, Kerssens JJ, Mactier RA. Encapsulating Peritoneal Sclerosis in the New Millennium: A National Cohort Study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2009;4(7):1222-1229.

## ABDOMEN AGUDO OBTURATIVO POR VÓLVULO DE DELGADO EM PACIENTE NO HOSPITAL MUNICIPAL DE GOVERNADOR VALADARES: RELATO DE CASO

Matheus Abreu Lima Alexandre<sup>1</sup>, Paulo César Martins Bitarães<sup>1</sup>, Vanessa Carvalho Marçal de Oliveira<sup>1</sup>, Larissa Ellen Ciribeli Pereira<sup>2</sup>, Felipe Gonçalves Moreira<sup>3</sup>.

1. Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares – Governador Valadares, Brasil.

2. Médica no Hospital Municipal de Governador Valadares - Governador Valadares, Brasil

3. Médico Cirurgião Geral no Hospital Municipal de Governador Valadares - Governador Valadares, Brasil.

Instituição de desenvolvimento do trabalho: Universidade Federal de Juiz de Fora – campus avançado Governador Valadares.

Autor correspondente: Matheus A L Alexandre (matheus\_alexandre.tr@hotmail.com).

Endereço institucional: Sede Administrativa da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares: Rua São Paulo, 745 - Centro, Governador Valadares – MG.

**INTRODUÇÃO:** Abdome agudo obstrutivo é um dos cinco tipos de abdome agudo descritos em literatura. As causas mais comuns em obstruções baixas são vólvulos e neoplasias e nas altas, aderências e hérnias. Vólvulo de intestino delgado é raro e geralmente, associado à história de cirurgia prévia. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente homem, 72 anos, encaminhado ao Hospital Municipal de Governador Valadares com dor abdominal há quatro dias associada à anorexia, parada de eliminação de fezes, presença de vômitos escurecidos e fétidos. Em uso de sonda nasogástrica e vesical de demora. Apresentava-se taquicárdico, taquipneico, desidratado, hipocorado e oligúrico. Abdome plano, ruídos hidroaéreos reduzidos, dor difusa à palpação, sinais de peritonite e Jobert positivo, cicatriz cirúrgica pélvica. Realizada tomografia de abdome que evidenciou líquido livre intra-abdominal, pneumoperitônio, distensão de alças e derrame pleural bilateral. Foi submetido à laparotomia exploradora que constatou grande quantidade de líquido livre hemorrágico, isquemia jejunoileal extensa, vólvulo de mesentério e perfuração em íleo terminal. Desfeito vólvulo de mesentério, realizada higienização da cavidade abdominal e avaliação da perviabilidade das alças. Paciente apresentou retorno de circulação e peristalse em grande parte do jejuno e íleo sendo realizada enterectomia de 60 cm do íleo com grampeador e anastomose primária látero-lateral. Transferido à Unidade de Terapia Intensiva onde evoluiu com síndrome da angústia respiratória aguda, insuficiência renal aguda com posterior parada cardiorrespiratória e óbito. **DISCUSSÃO:** Obstrução intestinal ocorre quando a propulsão do conteúdo em direção ao ânus sofre interferência. A dor tende a ser em cólica, intensa e nos casos de obstrução em alça fechada progride até perfuração intestinal. O caso descreve um abdome agudo obstrutivo que evoluiu para abdome agudo vascular e perfurativo por obstrução em alça fechada. Vólvulo é uma forma de obstrução intestinal que resulta de rotação da alça ao redor do eixo de seu mesentério ocasionando isquemia com alto potencial de necrose e perfuração. O vólvulo de intestino delgado corresponde a menos de 5% das obstruções intestinais e geralmente é causado por aderências peritoneais. O tratamento consiste em cirurgia de emergência com redução do vólvulo, avaliação e correção dos danos causados. **CONCLUSÃO:** A inclusão do vólvulo de delgado como causa de abdome agudo obstrutivo é fundamental para diagnóstico precoce e tratamento adequado, afim de proporcionar um melhor prognóstico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Abdome Agudo. Obstrução Intestinal. Vólvulo de Mesentério. Diagnóstico Precoce. Tratamento Cirúrgico.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Townsend CM. Sabiston Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 19.ed. Saunders. Elsevier.

Feres O, Parra RS. Abdômen agudo. Medicina (Ribeirão Preto). 2008 Dez; 41(4): 430-6.

Vidal, MAN. Obstrução intestinal: causas e condutas. Revista Brasileira de Coloproctologia. 2005; 25:332-338.

Zanin EM, Becker R, Toneto MG. Obstrução intestinal aguda. Acta méd.(Porto Alegre). 2016; 37: 6

Cunha CMQ, Troianni Neto G, Reinaldo RRP, Gonçalves EL, Lima ACM, Menezes FJC. Vólvulo de íleo devido a aderência intra-abdominal em paciente sem cirurgia prévia. Relatos Casos Cir. 2017; 5.



## ABORDAGEM DO PACIENTE QUEIMADO: REVISÃO DE 51 CASOS

Marcela Lima Sucupira<sup>1</sup>; Amanda Barros da Silva<sup>2</sup>, Bruno Pereira Marques<sup>3</sup>, Kevin Thiago Galdino Gomes<sup>1</sup>; Vitor Lima Ferraz<sup>4</sup>.

1. Acadêmicos de medicina do Centro Universitário do Espírito Santo. Colatina, ES – Brasil.
2. Acadêmica de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares, MG – Brasil.
3. Acadêmico de medicina da Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares – Brasil.
4. Cirurgião plástico, membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, membro da Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital de Base do Distrito Federal junto ao MEC e Ministério da Saúde.

Endereço para correspondência:

Marcela Lima Sucupira

E-mail: marcela\_sucupira@hotmail.com

Instituição: Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans. Endereço institucional: R. João de Castro, 1250 – Cabuís, Nilópolis – RJ, 26540-390.

**Introdução:** As queimaduras representam um dos mais importantes traumas da medicina. **Objetivo:** Demonstrar a experiência do Hospital Estadual Melchiades Calazans no cuidado ao queimado, através da revisão de prontuários e bibliografia, descrevendo os procedimentos adotados. **Metodologia:** Realizado estudo retrospectivo, através da revisão de prontuários dos pacientes atendidos durante o período de janeiro de 2018 a junho de 2019, pesquisa em base de dados Medline e Lilacs e experiência no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital. A rotina deste centro compreende os princípios do ATLS: A) Avaliação das vias aéreas, B) Verificação da frequência e amplitude da respiração, C) Avaliação cardiocirculatória, iniciar hidratação D) Verificação do nível de consciência, E) Remoção de roupas e acessórios, avaliar extensão e profundidade das queimaduras, a anamnese para o agente, local, associação de trauma. **Resultados:** O período de estudo de 17 meses, foram 51 pacientes, sendo 28 homens (54,90%) e 23 mulheres (45,09%). A média de idade 29,3 anos. Todos os pacientes foram submetidos a desbridamento e enxertia de pele, além de balneoterapia. A média da superfície corporal queimada foi de 33%. O principal agente foi o álcool, 39 casos (76,47%). O período médio de internação 25,5 dias. Aqueles com menor tempo ao atendimento, menor superfície corporal queimada, com queimaduras de menor gravidade e mais jovens tiveram melhor prognóstico. **Conclusão:** O tratamento para o paciente queimado é interdisciplinar envolvendo clínicos, intensivistas, cirurgiões plásticos, anestesistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. A mortalidade elevada esta condicionada ao atendimento inicial, à superfície corporal e profundidade queimada e às comorbidades dos pacientes. O conhecimento do tratamento inicial, associado à rotina no Centro de Queimados, permitem reconstrução das áreas lesadas, reabilitação e integração social dos pacientes.

**Palavras chave:** Queimados. Plástica. Trauma.

**Referências:**

1. Ministério da Saúde do Brasil. Informe saúde. Ano VI, nº 152; 2002.
2. Brigham PA, McLoughlin E. Burn incidence and medical care used in the United States: estimate, trends, and data sources. *J Burn Care Rehabil.* 1996;17(2):95-107.
3. Nguyen TT, Gilpin DA, Meyer NA, Herndon DN. Current treatment of severely burned patients. *Ann Surg.* 1996; 223(1):14-25.
4. Macedo JLS, Rosa SC, Castro C. Sepsis in burned patients. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2003;36(6):647-52
5. American Burn Association. Advanced burn life support course provider's manual. Chicago: American Burn Association; 2005.
6. Demling RH. Fluid replacement in burned patients. *Surg Clin North Am* 1987; 67(1):15-30.
7. GOMES DR, SERRA MCVF, PELLON MA. Queimaduras. 1ª ed. Rio de Janeiro:Revinter;1995; 5.
8. Gomes DR, Serra MCVF, Macieira L Jr. Condutas atuais em queimaduras. Rio de Janeiro:Revinter; 2001.

## ABORDAGEM EM PACIENTE COM PSEUDOANEURISMA DE ARTÉRIA ILÍACA INTERNA DIREITA

Igor Gabriel Machado Soares<sup>1</sup>, Gabriel Monteiro de Moura<sup>1</sup>, Pedro Paulo Teixeira Baraky<sup>1</sup>, Leticia Guedes Ferreira Lopes<sup>2</sup>

1. Graduandos em Medicina, Faculdade de Medicina do Mucuri da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – Campus Mucuri; Teófilo Otoni – MG; Brasil.

2. Docente do curso de Medicina, Faculdade de Medicina do Mucuri da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – Campus Mucuri; Teófilo Otoni – MG; Brasil.

Autor Correspondente; machadosoaresigorgabriel@gmail.com

Trabalho realizado na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - Teófilo Otoni/MG - Rua do Cruzeiro, nº 01 - Jardim São Paulo - CEP 39803-371

**Introdução:** Define-se como Pseudoaneurisma (PA) um hematoma pulsátil que se comunica com uma artéria por meio de um pertuítio na parede arterial. Diferentemente do aneurisma verdadeiro, é formado por um colo que comunica a artéria a uma cavidade cujas paredes são constituídas pelo próprio tecido ao redor da artéria. As etiologias são: pós-procedimento, pós-operatório de cirurgia vascular; infecciosa e traumática. A localização mais frequente é relacionada à artéria femoral seguida da braquial e radial. PA de artéria ilíaca (AI) representa percentagem ínfima dentre todos os falsos aneurismas, demonstrando a raridade do caso. Descrição do caso: Masculino, 23 anos, quadro de edema em membros inferiores e bolsa escrotal há 01 mês. Internado para investigação, em uso prévio de anticoagulação. História de traumatismo por arma de fogo em 2014 com realização de laparotomia exploradora e seqüela motora em membro inferior esquerdo. Exames admissionais: hemoglobina: 7,4g/dl; creatinina: 8,19mg/dl; RNI: 8,04. Exame físico: massa abdominal endurecida. Tomografia evidenciando grande massa em abdome inferior e pelve, deslocando estruturas para esquerda com hidronefrose bilateral. Laparotomia exploradora: achado de PA de grandes proporções, causando compressão dos ureteres e desvio da bexiga. Realizado arteriografia via artéria femoral esquerda sem sucesso. Aortografia evidenciou PA de ramo distal da AI interna direita. Tentado embolização sem sucesso. Realizada angioplastia de PA para contenção do sangramento e correção cirúrgica com sutura dos óstios após evacuação de grande quantidade de trombo no interior do mesmo. Alta hospitalar no 13º dia do pós-operatório com melhora da função renal. Discussão: Aneurismas isolados da AI são raros e estimado em apenas 0,3 a 0,4% de todos os aneurismas intra-abdominais. Possuem etiologias diversas, sendo as iatrogênicas as mais comuns. Geralmente o quadro é assintomático podendo evoluir com anemia, tromboembolia, rotura, fistulização ou compressão de órgãos adjacentes. A confirmação diagnóstica é feita por método de imagem, baseado no perfil do paciente. O tratamento é guiado pelas características do PA, podendo ser expectante; por compressão cega ou guiada por ultrassom; endovascular; por injeção de trombina; ou ainda, abordagem cirúrgica em casos de maior gravidade. Conclusão: O PA de AI é uma condição rara, que exige pronto diagnóstico e imediato tratamento, baseado no seu alto risco de ruptura e mortalidade.

**Palavras-chave:** Pseudoaneurisma. Artéria Ilíaca. Vascular. Insuficiência Renal

**Referências:**

1. Nogueira ACS, Salgado CG, Nogueira FBS, do Amaral SI, Rabischoffsky. Pseudoaneurismas: Quando e Como Tratá-los. Arquivos Brasileiros de Cardiologia: Imagem Cardiovascular. 2013;26(4):289-307
2. Tisi PV, Callam MJ. Treatment for femoral pseudoaneurysms. Cochrane Database of Systematic Rev 2013 Nov 29; (11).
3. Sousa CMV, Silva FLP, Rodrigues ME, Félix A, Alpoim B, Marques P, et. al. Resolução espontânea de pseudoaneurisma de ramo da artéria ilíaca em politraumatizado com fratura da bacia - caso clínico. Rev. bras. ortop. 2011; 46(1).
4. Arthur TI, Gillespi CJ, Butcher W, Lu CT. Pseudoaneurysm of the internal iliac artery resulting in massive per-rectal bleeding. JSCR 2013;10
5. Parry DJ, Kessel D, Scott DJ. Simplificando o aneurisma da artéria ilíaca interna. Ann R Coll Surg Engl. 2001; 83(5): 302–8.
6. Naqi SA, Khan HM, et al. Femoral Pseudoaneurysm in Drug Addicts—Excision without Revascularization is a Viable Option. Eur J Vasc Endovasc Surg 31, 585–587 (2006)

## CARACTERÍSTICAS DAS HOSPITALIZAÇÕES POR CIRURGIA BARIÁTRICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA MACRORREGIÃO LESTE, MINAS GERAIS, 2012 A 2018.

Bianca Sarria<sup>1</sup>, Teresa Vilela Pereira<sup>1</sup>, Geovana Kloss<sup>1</sup>, Fillipe Laignier Rodrigues de Lacerda<sup>1</sup>, Katiuscia Cardoso Rodrigues<sup>2</sup>.

1. Graduando(a) do Curso de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares. Governador Valadares. Brasil.
2. Mestre em Ciências Biológicas, médica sanitária preceptora da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares. Governador Valadares. Brasil.

Instituição de desenvolvimento do trabalho: Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares

Autor correspondente: Bianca Sarria ([biancasarria@outlook.com](mailto:biancasarria@outlook.com))

Endereço Institucional: Departamento de Medicina. Rua Manoel Byrro, 241, Vila Bretas, Governador Valadares.

**INTRODUÇÃO:** Obesidade, doença epidêmica global, é um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. Para indivíduos com obesidade mórbida, poucos tratamentos para perda de peso sustentada em longo prazo são efetivos; assim, a cirurgia bariátrica se torna uma alternativa.<sup>1</sup> O Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece a relevância do tema e publicou linha de cuidado específica.<sup>2</sup> **OBJETIVO:** Caracterizar as hospitalizações pelo SUS para realização de cirurgias bariátricas na Macrorregião Leste de Minas Gerais, no período 2012-2018. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de estudo descritivo quantitativo, a partir da coleta de dados dos arquivos públicos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS<sup>3</sup> e dados demográficos do IBGE.<sup>4</sup> Foram incluídas cirurgias bariátricas realizadas entre 2012 e 2018, em residentes na Macrorregião Leste de Saúde de Minas Gerais (MG). Utilizou-se códigos da Tabela Unificada de Procedimentos do SUS<sup>5</sup> para seleção das técnicas cirúrgicas previstas na linha de cuidado.<sup>2</sup> As variáveis utilizadas (sexo, faixa etária, permanência hospitalar, gastos por internação, óbitos), os indicadores letalidade perioperatória e coeficiente de incidência foram tabuladas pelo Tabwin<sup>6</sup> e Excel.<sup>7</sup> **RESULTADOS:** As cirurgias bariátricas realizadas na Macro Leste MG corresponderam a 27,9% das realizadas em MG no período (1.122/ 4.015), sendo o município de Governador Valadares com maior número de cirurgias da Macro (48,9%). A técnica mais realizada foi gastroplastia com derivação intestinal (99,8%). O sexo feminino predominou (85,0%), com razão F:M 5,68. A faixa etária 25-44 anos concentrou 68,8% dos casos (n=749). O grupo de maior representatividade foi o de sexo feminino, faixa etária 25-49 anos (66,3%). A média de permanência hospitalar foi 2,4 dias. Ocorreram 6 óbitos e a letalidade perioperatória do período foi de 0,5%, com maior letalidade em 2014 (2,6%). O gasto total foi R\$ 6.932.922,09 e o gasto médio por paciente R\$ 6.179,07. **CONCLUSÕES:** Cirurgias bariátricas são mais prevalentes em adultos jovens do sexo feminino<sup>1,8</sup> e consideradas de baixa letalidade<sup>11</sup>. Os dados apontam para expansão do número de procedimentos após a instituição da linha de cuidado para sobrepeso e obesidade, com previsão de custeio pelo SUS<sup>3</sup>. Gastroplastia com derivação intestinal é considerada padrão ouro do tratamento cirúrgico da obesidade mórbida<sup>9</sup>, sendo a mais utilizada no mundo<sup>10</sup>. Estudos adicionais podem detalhar o cenário de enfrentamento deste complexo problema de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade, Cirurgia bariátrica, Sistema Único de Saúde

Referências Bibliográficas

1 Kelles SMB, Machado CJ, Barreto SM. Dez anos de cirurgia bariátrica no Brasil: mortalidade intrahospitalar em pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde ou por Operadora da Saúde Suplementar. ABCD, Arq Bras Cir Dig. 2014; 27(4):261-7.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade. Diário Oficial da União[da república Federativa do Brasil], Brasília (DF), 2013 mar 20; Seção 1:25. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0425_19_03_2013.html)

3 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Arquivos dissemináveis para tabulação de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Datasus (DF), 2012-2018. Disponível em: <http://datasus.gov.br>.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Estimativas população por sexo e idade, Macrorregião Leste 2015. Datasus (DF), 2015. Disponível em: <http://datasus.gov.br>.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Tabela Unificada de Procedimentos do SUS (SIGTAP). Datasus (DF), 2019. Disponível em: <http://datasus.gov.br>.

6 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Tabulador de dados para Windows (Tabwin). Datasus (DF), 2019. Disponível em: <http://datasus.gov.br>.

7 Carvalho AS, Rosa RS. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde em residentes da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2010-2016. Epidemiol. Serv. Saúde. 2018; 27(2).

## CARCINOMA UROTELIAL DE URETER SUPERIOR – RELATO DE CASO

Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto<sup>1</sup>, Fernando Brandão Honorato<sup>1</sup>, Noelly Mayra Silva de Carvalho<sup>1</sup>, Arthur Fernandes de Oliveira<sup>1</sup>, Renato Martins Araujo<sup>2</sup>.

1. Acadêmico na Faculdade de Medicina do Vale do Aço – Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil.

2. Professor Titular na Faculdade de Medicina do Vale do Aço – Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES). Ipatinga, MG, Brasil.

E-mail: [aylalomanto@outlook.com](mailto:aylalomanto@outlook.com)

Instituição: Faculdade de Medicina do Vale do Aço – Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES).

Endereço Institucional: Rua João Patrício de Araújo, nº 179, Veneza 1, Ipatinga-MG, Brasil. CEP: 35.164-251

Autora Correspondente: Ayla Nazareth Cunha Mascarenhas Lomanto

E-mail: [aylalomanto@outlook.com](mailto:aylalomanto@outlook.com)

**Introdução:** Os tumores uroteliais do trato urinário superior são lesões raras, representando menos de 5% dos carcinomas uroteliais, dentre eles a localização ureteral é a menos frequente, e quando ocorre, geralmente está relacionada à porção inferior do ureter. Descrição do caso: Paciente sexo feminino, 73 anos, residente de Timóteo-MG, procurou assistência médica no dia 24/09/18 queixando algúria e hematúria. A punho percussão lombar mostrou-se negativa ao exame físico. Aos exames laboratoriais apresentou piocitúria, células sanguíneas na urina e bacteriúria positiva. Seguindo a propedêutica, foi realizado Biópsia de ureter, que por sua vez apresentou mucosa erodida, com discreto infiltrado inflamatório e ausência de neoplasia; o Lavado para citologia demonstrou ausência de células neoplásicas. Dia 13/05/19, a paciente procurou assistência médica novamente, queixando-se de dor lombar à direita. À ultrassonografia abdominal, foi observado dilatação pielocalicinal acentuada à direita. A conduta neste atendimento foi solicitação de Urorressonância e pré-operatório. No dia 12/06/19 a paciente retornou com o resultado dos exames, apresentando obstrução ureteral à direita cujo diagnóstico diferencial inclui neoplasia ou inflamação. O diagnóstico final foi Carcinoma Urotelial de Ureter superior. Os exames pré-operatórios não mostraram alterações, sendo assim, a conduta adotada foi Nefroureterectomia total. Discussão: A hematúria macroscópica é a forma de apresentação inicial na maioria dos casos, com dor lombar presente em cerca de 30%. O exame diagnóstico padrão ouro é urografia por tomografia computadorizada. O tratamento para esse tipo de carcinoma é eminentemente cirúrgico. Em casos de lesões pequenas e pouco agressivas, estão indicados tratamentos endoscópicos minimamente invasivos ou ressecções localizadas. No entanto, para lesões invasivas, volumosas ou agressivas, o tratamento de escolha é a nefroureterectomia radical. Quando há acometimento ganglionar ou doença avançada, por exemplo, com metástases, a indicação de quimioterapia sistêmica geralmente se faz necessária. Conclusão: Apesar de ser uma patologia rara, deve-se ficar atento ao diagnóstico, às possíveis variações nos exames laboratoriais e citológico, e fazer a escolha da melhor terapêutica para o paciente. No caso em questão a evolução pós-operatória foi satisfatória, e a paciente segue em acompanhamento. Não foram instituídos tratamentos adjuvantes.

**Palavras-chave:** Carcinoma urotelial. Ureter superior. Nefroureterectomia.

**Referências:**

Rouprêt M, Babjuk M, Compérat E, Zigeuner R, Sylvester R.J. European Association of Urology Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: 2017. EAU update series 2018; 73: 111-122.

Izquierdo L, TruánBD, Alvarez-Vijandea R, Alcaraza A. Carcinoma urotelial de tracto urinario superior: 114 casos con largo seguimiento. Actas Urol Esp. 2010; 34(3):232-37.

## CASO RARO DE SCHAWANOMA RETROPERITONEAL BENIGNO: RELATO DE CASO

Lucas Marcelino Santos Peixoto<sup>1</sup>; Luiza Ferreira Calil<sup>1</sup>; Gustavo Goncalves Villas Boas<sup>1</sup>; Letícia Cizoski Carvalho<sup>2</sup>; Jailson Tótola<sup>3</sup>

1. Acadêmico de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES) – Ipatinga, Brasil

2. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares – Governador Valadares, Brasil

3. Docente do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES) – Cirurgião Geral – Ipatinga, Brasil

Endereço para correspondência: Lucas Marcelino Santos Peixoto

E-mail: lucasmrceinopeixoto@hotmail.com

Instituição: Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES), Rua João Patrício Araújo, Nº 179 Veneza, Ipatinga, MG - Brasil

**Introdução:** Os schwannomas são lesões sólidas, encapsuladas e de crescimento lento, originados da bainha neural dos nervos periféricos. A tipagem benigna mais comum é o neuroma acústico decursivo do VIII par craniano. Observa-se que os schwannomas retroperitoneais (SRP) representam 0,5 a 3% dos tumores dessa região. Este relato objetiva contribuir com a investigação do tema expondo parâmetros cirúrgicos e clínicos para o tratamento desse tumor incomum<sup>1</sup>. **Relato De Caso:** J.E.M, 32 anos, sexo masculino, relatou que há 6 meses apresentava dor na raiz da coxa direita de forte intensidade, contínua, incapacitante, sem melhora com uso de analgésicos. Exame físico: lúcido e orientado, anictérico, acianótico e afebril. Abdome plano, flácido com dor a palpação da fossa ilíaca direita (FID), sem massas palpáveis ou visceromegalias, sem frêmito ou sopros e peristalse presente. Membros inferiores sem atrofia ou alterações musculares, articulação coxofemoral livre, Lasèg negativo, sinal de psoas e obturador ausentes, sem edema e pulsos distais presentes +++\3+. Raio-X de bacia e coxo-femural sem alterações. Ultrassom abdominal evidenciou massa miomatosa de FID, encapsulada, vascularizada, com medidas de 2,3x2,0x1,6 em topografia intra-muscular do músculo ílio-psoas direito. Tomografia Computadorizada indicou lesão expansiva sólida, homogênea, bem encapsulada e definida com captação periférica após o contraste. Conduta: realizado laparotomia exploratória e ressecção do tumor. O resultado anatomopatológico foi compatível com schwannoma celular. **Discussão:** Os tratamentos cirúrgicos dos SRPs devem avaliar dimensões tumorais, localização e envolvimento de estruturas adjacentes. O objetivo é a ressecção total com recuperação do nervo parental. Quanto às abordagens observamos que as paraespinhais ou posteriores requerem dissecação muscular e oferecem menos visualização de estruturas vasculares críticas. Embora a abordagem lateral minimamente invasiva ofereça entrada direto ao schwannomas do plexo lombar com invasão mínima do tecido saudável, considera-se, que as abordagens abertas permitem melhor mapeamento direto do tumor para identificar fibras motoras, sendo de grande vantagem para a equipe cirúrgica, como fora realizado no caso<sup>2,3</sup>. **Conclusão:** SRP representa um desafio devido à sua localização profunda; todavia as diversas abordagens descritas na literatura fornecem alternativas para ressecção de um subconjunto SRP melhorando o prognóstico do paciente.

**Palavras-Chave:** Schwannomas retroperitoneais. Ílio-psoas. Schwannomas.

**Referências:**

1.Safae MM, Ames CP, Deviren V, Clark AJ. Minimally Invasive Lateral Retroperitoneal Approach for Resection of Extraforaminal Lumbar Plexus Schwannomas: Operative Techniques and Literature Review. *Operative Technique*. 2018; 15(5):516-21.

2.Gullo R, Zoccali M, Frim DM, Skelly C, Fichera A. A large pelvic mass in a 39-year-old man. *Updates Surg*. 2011; 63:293-6.

3.Shi W, Su X, Li WG, Xu XD, Huang JF, Chen J. Laparoscopic-Assisted resection for retroperitoneal dumbbell-shaped lumbar spinal schwannomas: Operative technique and surgical results. *World Neurosurg*. 2016;91:129-132.

## CERVICOTOMIA EXPLORADORA NO DIAGNÓSTICO DE TUMOR DE ABRIKOSOFF: UM RELATO DE CASO

Marina Fernandes Carvalho<sup>1</sup>; Júlia Fontes Parizzi<sup>1</sup>; Luísa Sardella Nunes<sup>1</sup>; Sara Fiorillo Rocha de Resende<sup>1</sup>; Matheus Sousa Vilano<sup>2</sup>;

1. Discentes do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus avançado Governador Valadares, Brasil. marinafercarvalho@gmail.com

2. Médico Residente em Otorrinolaringologia, Hospital Bom Samaritano, Governador Valadares, Brasil.

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus avançado Governador Valadares

Endereço de e-mail: marinafercarvalho@gmail.com

Endereço institucional: R. São Paulo, 745 - Centro, Gov. Valadares - MG, 35010-180

**Introdução:** O Tumor de Abrikosoff ou tumor de células granulares (TCG) é um tumor raro, descrito em 1926, e desde então, registra-se cerca de 2 à 3,7 casos/ano em diversos segmentos corporais, sendo a região cérvico-facial mais atingida. (1, 2) **Descrição do caso:** M.M.C., 27 anos, feminino, apresentou quadro de palpitação e desconforto cervical evoluindo com disfagia para sólidos. Submetida a exames de imagem (USG, TC e RNM) foi localizada massa em espaço pré-vertebral, entre esôfago e traqueia, sem planos de clivagem com os lobos tireoidianos, medindo 5 cm, causando abaulamento da traqueia posterior e deslocamento de esôfago para esquerda. Foram realizadas duas PAAF, a primeira inconclusiva e segunda sugestiva de bócio colóide, Bethesda II, e endoscopia digestiva alta que demonstrou compressão esofágica proximal com preservação de mucosa. Optou-se por realizar a cervicotomia exploradora, onde foi observada lesão expansiva posterior a glândula tireóide, de bordos indefinidos. Realizou-se tireoidectomia total com exérese da lesão. Laudo histopatológico evidenciou Tumor de Abrikosoff. Mantém acompanhamento semestralmente com USG cervical, que não demonstra lesão residual e videolaringoscopia. **Discussão:** O TCG tem prevalência de 0,019% e 0,03% entre todas as neoplasias humanas.(3) a maior parte dos estudos mostra que mulheres, negras, na faixa dos 40-60 anos são as principais acometidas por esse tipo de tumor. (1,4,5,6). Os exames pré-operatórios, em sua maioria são inconclusivos, sendo necessária a análise anatomopatológica para diagnóstico.(4,5) A malignização é rara, atinge 1 a 2%, apresentando prognóstico reservado. Mesmo com a excisão adequada do tumor, as taxas de recorrência variam de 2 - 21%, sendo fundamental o acompanhamento contínuo. (3) **Conclusões:** Trata-se de um raro caso de Tumor de Abrikosoff, localizado em região retrotireoideana acometendo paciente jovem do sexo feminino. O caso corrobora com os dados da literatura quanto à dificuldade de estabelecer diagnóstico definitivo, que só foi possível a partir da decisão de exploração cirúrgica, demonstrando a importância deste método de investigação, uma vez que exames de imagem e PAAF não ofereceram qualquer conclusão. A ressecção foi ainda eficiente para o tratamento da paciente, que apesar da necessidade de traqueostomia de urgência no pós-operatório, hoje se encontra decanulada, com bom padrão respiratório e sem sinais de recidiva.

**Palavras-chave:** Cervicotomia exploradora. Abrikosoff. Tumor de células granulares. Tireoide.

**Referências:**

- 1- Dupuis C, Coard KCM. Uma revisão dos tumores de células granulares no Hospital Universitário das Índias Ocidentais: 1965–2006. *Med. Das Índias Ocidentais*. 2009; 58 (2):138-141.
- 2- Johnston MJ, Helwig EB. Granular cell tumors of the gastrointestinal tract and perianal region: a study of 74 cases. *J Port Gastroenterol*. 2013;20(4):179-80.
- 3- Reis F, Iyeyasu JN, Altemani AM, Carvalho KM. Tumor de células granulares com envolvimento orbital em criança. *Radiol Bras*. 2011;44(5):331-2.
- 4- Cheng S, Cheng LH, Liao YS, La WS. Um raro tumor de laringe em paciente com carcinoma papilífero da tireoide: tumor de células granulares. *Braz. j. otorrinolaryngol.* 2018; 84 (4): 519-522.
- 5- Vigier S, Traverse-Glehen A, Durbec M, Tringali S, Dubreuil C, Ceruse P. Deep cervical granular cell tumor: An atypic location suggestive of neurogenic origin. *Eur Ann Otorhinolaryngol Cabeça Pescoço Dis*. 2014; 131(1):65-7
- 6- Hidalgo CO, Frías-Soriaa CL. Análisis histopatológico e inmunohistoquímico del tumor de células granulares. *Estudios de 12 casos con una breve nota histórica*. *Rev Esp Patol*. 2019;52(1):11-9.



## CISTO OMENTAL GIGANTE: RELATO DE CASO

Ronaldo Duarte Araújo Abreu<sup>1</sup>, Guilherme Ambrósio<sup>1</sup>, Arthur Vieira de Souza<sup>2</sup>, Rodrigo Otávio Duarte de Araújo Abreu<sup>3</sup>, Prof. Dr. Ronaldo Araújo Abreu<sup>4</sup>.

1. Discente do curso de medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brasil

2. Discente do curso de medicina da Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Brasil

3. Médico residente de cirurgia geral do Hospital Macio Cunha – Ipatinga, MG, Brasil.

4. Médico pela UFF-RJ, Especialista em Cirurgia Pediátrica, Cirurgião do HMVB Unimed, Título de Notório Saber em Anatomia Humana pela SBA, Mestre em Cirurgia pela UFF-RJ e Doutor em Cirurgia pela FSFA-ICSFA-MG, Brasil.

Endereço de e-mail: ronaldoduartearaujoabreu@gmail.com

Endereço institucional: Av. Professor Mário Werneck, 1685 - Estoril, Belo Horizonte - MG, 30575-180

**Introdução:** A bolsa omental é um espaço oco que é formado pelos omentos maior e menor e seus órgãos adjacentes. O omento é uma prega constituída por duas camadas de peritônio que liga os órgãos da cavidade abdominal. Quando o diafragma se desenvolve a parte superior da bolsa omental é isolada e forma a bolsa infracardiaca. A bolsa omental se expande com o crescimento do estômago, formando o omento maior e se comunica com a parte principal da cavidade abdominal através do forame omental, localizado posteriormente à borda livre do omento maior, no adulto. A ausência da fusão das membranas omentais cria uma cavidade que acumula secreções omentais formando o cisto omental. **Descrição do Caso:** Procedimento cirúrgico de um paciente do sexo masculino de 2 anos diagnosticado com cisto omental gigante. Encaminhado pelo pediatra com o diagnóstico de ascite. No exame físico, foi evidenciado piparote positivo, ausência de hepatoesplenomegalia, tendo então o diagnóstico de ascite à esclarecer. Exames laboratoriais foram exigidos (hemograma, EPF e imunohistoquímicos de esquistossomose) e apresentaram índices normais. Paciente submetido a TC e ultrassom, relataram apenas ascite à esclarecer, o US abdominal com Doppler constatou ausência de hipertensão da porta. Tendo em vista os resultados o paciente foi levado a S.O. e submetido a laparotomia exploratória, encontrado cisto gigante no omento maior. Realizada drenagem do líquido, omentectomia e apendicectomia; fechada a cavidade em planos. Paciente teve seguimento ambulatorial e até o presente momento sem sinal de recidiva. Assim, o diagnóstico cirúrgico foi de Cisto Omental Gigante Único. **Discussão:** O diagnóstico de Cisto Omental possui incidência rara (1 em cada 140.000 hospitais no mundo) e possui poucos relatos na literatura - apenas 153 casos relatados na literatura médica. Sabe-se esta e outras patologias relacionadas influenciam na fisiologia do Omento, que desempenha importante papel em processos inflamatórios intraperitonais, limitando a propagação de infecções além de participar nos processos reparatórios iniciais. **Conclusão:** Existe, atualmente, escassez de informações acerca do omento, além de pouca divulgação sobre sua importância para o ser humano. Sendo assim, é de extrema importância que sejam realizados estudos com o intuito de melhor descrever e compreender este órgão para melhorar a eficácia diagnóstica das doenças relacionadas a ele.

**Palavras-chave:** Omental. Omento. Cisto.

### REFERÊNCIAS

Moore KL. Anatomia orientada para a clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Stranding S. Gray's Anatomia. 40a ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

Monteiro ELC, Santana EM. Técnica cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Rohen JW, Yokochi C. Anatomia Humana: Atlas Fotográfico de Anatomia Sistêmica e Regional. 3 ed. São Paulo: Manole; 1993.

Sobotta J. Atlas de Anatomia Humana. 22ed. 1 v. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus: Atlas de Anatomia – Órgãos internos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2013.

Grey JM, Rodrigues A, Machado AV. Princípios de Cirurgia. v.2. Rio de Janeiro: Fename; 1982.

Netter FH. Atlas de Anatomia Humana. 5a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.

Cunningham D. Manual de Anatomia Prática. v. 2. 13. ed. São Paulo: Atheneu; 1976.

Fritsh H, Kühnel W. Anatomia: Texto e Atlas, Esplanologia. v.2. 9.ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Fernandes GJM. Eponímia: glossário de termos epônimos em Anatomia. São Paulo: Pleiade; 1999.

Pernkopf E. Atlas of Topographical and Applied Human Anatomy. Thorax, Abdomen and Extremities. v.2, Philadelphia and London: W.B. Saunders Company; 1963.

Clemente CD. Anatomy: A Regional Atlas of Human Body. 6 Ed. Philadelphia: Lippincott, William & Wilkins; 2011.

MacLennan GT. Hinman's Atlas of UroSurgical Anatomy. 2 Ed. Philadelphia: Elsevier; 2012.

Testut L. Traité D'Anatomie Humaine. Tomo III. 6a ed. Paris: Octave Doinet Fils Editeurs; 1911.

Lanz Tvon, Wachsmuth W. Lanz Wachsmuth. Praktische Anatomie Bauch. Berlin: Springer-Verlag; 2004.

## COMPLICAÇÃO INCOMUM DE UMA GASTRECTOMIA SUBTOTAL COM A TÉCNICA DE BILLROTH II: RELATO DE CASO

Ester Viana Carvalho<sup>1</sup>; Bárbara Gonçalves Flor<sup>1</sup>; Larissa Matos Ventura<sup>1</sup>; Monique Gonçalves Flor<sup>2</sup>; Jailson Tótola<sup>3</sup>;

1. Acadêmicas do 8º período do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - UNIVAÇO, Ipatinga-MG, Brasil.

2. Médica pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior - UNIVAÇO, Ipatinga-MG, Brasil.

3. Médico Cirurgião Geral, professor de Clínica Cirúrgica II e Emergências Cirúrgicas do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior - UNIVAÇO, Ipatinga-MG, Brasil.

Trabalho desenvolvido no Instituto Metropolitano de Ensino Superior – Univaço, Ipatinga - MG, Brasil.

Autor: Ester Viana Carvalho. Contato: estervcarvalho@hotmail.com

Endereço Institucional: Rua João Patrício de Araújo, 179, Veneza 1, Ipatinga - MG, Brasil.

**INTRODUÇÃO:** A gastrectomia consiste em uma retirada cirúrgica total ou parcial do estômago e é indicada, principalmente, para tratamentos de tumores gástricos e traumas abdominais em acidentados.<sup>1</sup> Um dos principais tipos de procedimentos cirúrgicos para a reconstrução e anastomoses após a gastrectomia são: Billroth I, Billroth II e Roux em Y. A técnica de Billroth II consiste em realizar uma gastrectomia parcial com encerramento do coto duodenal seguido por anastomose gastrojejunal (término-lateral)<sup>2</sup>. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Homem de 64 anos, compareceu ao hospital com queixa de dor abdominal de início há 30 dias, em cólica, de grande intensidade, contínua, localizada em regiões epigástrica e mesogástrica, associada a náuseas e vômitos alimentares. Há sete meses submeteu-se à gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II para tratamento de adenocarcinoma da região do antro e da pequena curvatura do estômago. No pós-operatório, paciente não apresentou intercorrências nem complicações. Estava prostrado, confuso, descorado, dispneico e desidratado. Apresentou-se taquicárdico, taquipneico e hipotenso. Abdômen tenso, levemente distendendo, dor à palpação difusa, sinais de irritação peritoneal, Blumberg + e peristaltismo inaudível. Solicitado ultrassom (US) abdominal que evidenciou líquido livre no espaço subfrenico esquerdo e alças intestinais delgadas dilatadas e hipotônicas, com aumento do conteúdo intraluminal. Foi efetuado laparotomia exploradora que revelou perfuração em alça aferente de anastomose gastro jejunal em Y de Roux. Por isso, foi realizada jejunostomia com colocação de dreno de foley no orifício da perfuração. Paciente recebeu alta em boas condições clínicas. **DISCUSSÃO:** As principais complicações em uma gastrectomia subtotal, independente da técnica de Billroth utilizada, são: trombose venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, sangramento, fistulas pancreáticas e vazamento na anastomose.<sup>1</sup> Na paciente do caso, houve uma complicação incomum que é a Síndrome da Alça Aferente. Com os avanços técnicos, a incidência dessa complicação reduziu de 20% para 0,3%. O tempo de aparecimento dos sintomas é variável, podendo esta afecção surgir como uma complicação tardia da cirurgia. Mais comumente os pacientes apresentam dor de aparecimento súbito, em andar superior do abdômen e associada a vômitos<sup>3,4</sup>. **CONCLUSÃO:** O diagnóstico e manuseio precoce são fundamentais para o sucesso do tratamento cirúrgico<sup>3</sup>. Para que se evite à complicação relatada é importante cuidados técnicos para evitar rotação anormal, obstrução, necrose e perfuração<sup>4</sup>.

**Palavras-chave:** Gastrectomia. Billroth. Complicação.

**Referências:**

1 Ilias EJ, Kassab P, Castro OP Complicações na gastrectomia por câncer e obesidade. Ver. Assoc. Méd. Minas Gerais. 2002;48(3):183-201.

2 Zinner MJ, Ashiley SW. Maingot: Cirurgia Abdominal. 2011; 11ª edição: 394-400.

3 Pereira GA, Féres O, Andrade JI, Ceneviva R. Síndrome da alça aferente com necrose simulando pseudocisto de pâncreas. Rev. Col. Bras. Cir. 1997;25(2):138-40.

4 Henriques AC, Pezzolo S, Lopes Neto AC, Grandó A, Violante Júnior FH. Síndrome da alça aferente secundária à recorrência de câncer gástrico operado. Arq. Med. ABC. 1994; 17(1 e 2):12-6.

## COMPLICAÇÕES DE UM DIAGNÓSTICO TARDIO DE APENDICITE. ONDE ESTAMOS ERRANDO? - RELATOS DE CASOS.

Alana Zanolli Spadetto (Spadetto AZ)<sup>1,4</sup>, Ana Clara Ramalho Guedes (Guedes ACR)<sup>1</sup>, Igor Faragó Jardim (Jardim IF)<sup>1</sup>, Mateus Mariano de Magalhães Barbalho (Barbalho MMM)<sup>2</sup>, Romeo Lages Simões (Simões RL)<sup>3</sup>

1. Acadêmicos de Medicina da Universidade do Vale do Rio Doce - UNIVALE. Governador Valadares – MG. Brasil.

2. Médico graduado no Centro Universitário do Espírito Santo - Unesc, Colatina-ES. Residente do primeiro ano de Cirurgia Geral pelo Hospital Municipal de Governador Valadares - HMGV. Governador Valadares –MG. Brasil.

3. Médico orientador graduado na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM. Especializado em Cirurgia Geral pela Universidade Federal do Espírito Santo. Sub-especialização em Cirurgia Geral Avançada e Cirurgia do Trauma pelo Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Governador Valadares- MG. Brasil.

4. Contato: alana.zanolli@hotmail.com

Desenvolvido no Hospital Municipal de Governador Valadares - HMGV, Rua Teófilo Otoni, 361- Esplanada, Governador Valadares-MG, 35020-600.

**INTRODUÇÃO:** A Apendicite Aguda (AA) representa 20% das urgências cirúrgicas.<sup>1,2,3</sup> As maneiras como vem sendo realizado o diagnóstico (DG) de AA devem ser submetidas a um julgamento crítico, visto que 40% das dores em fossa ilíaca direita (FID) possuem DG errôneo. Pacientes com DG equivocado apresentam complicações que vão interferir no prognóstico.<sup>4,5</sup> O objetivo desse trabalho é evidenciar que a demora no DG de AA acarreta sérias complicações. **DESCRIÇÕES DOS CASOS:** Caso 1: Homem, 85 anos, dor abdominal, febre 38,3°C, hiporexia há 15 dias. DG prévio de ITU, iniciado ciprofloxacino. Ao exame físico (EF) Blumberg (BB) negativo, dor à palpação em FID e presença de plastrão. PCR 178,1. Leucócitos 15.400. Ao USG: massa heterogênea em FID com líquido ao redor. Realizada laparotomia (LP) e ileocelectomia direita devido a necrose de apêndice e ceco. Alta no 5º dia PO, retornou com evisceração no 10º dia PO. Caso 2: Homem, 31 anos, dor em FID, vômito, diarreia, febre de 38°C há 10 dias. DG prévio de gastroenterite aguda, prescrito metronidazol. Ao EF plastrão em FID e BB positivo. PCR 253,5. Leucócitos 23.400. À TC edema de parede e abscesso em FID. Realizada LP e evidenciou abscesso em FID, após sutura em base de ceco e drenagem de cavidade. Alta no 4º dia de PO. Caso 3: Mulher, 43 anos, DG prévio de cistite, tratada com ciprofloxacino sem melhora. Dor abdominal, náusea, febre 37,9°C há 7 dias. Ao EF dor à palpação abdominal e BB negativo. PCR: 194,3. Leucócitos 18.300. TC: apendicolito. Realizada LP e ileotiflectomia. Alta no 6º dia de PO. **DISCUSSÃO:** AA necessita de uma avaliação clínica minuciosa visto que anamnese e EF adequados são responsáveis por 80% dos diagnósticos, exames complementares devem ser utilizados na dúvida diagnóstica, visando conduta precoce. Nestes relatos o primordial para as complicações foi a demora no DG devido a não valorização inicial de sinais e sintomas clássicos como os relatados.<sup>3,4,5</sup> Pacientes com terapia em tempo hábil serão submetidos a procedimentos menos agressivos, entretanto, a intervenção tardia proporcionou maior tempo de internação, além de expor o paciente a LP, ileocelectomia, uso de dreno e ileotiflectomia, como nos pacientes descritos.<sup>2,3,6</sup> **CONCLUSÃO:** Evidenciou-se nesse estudo que a demora diagnóstica, pela não realização de anamnese e EF de qualidade submetem aos pacientes a complicações como supuração, necrose, perfuração e abordagens cirúrgica mais invasiva, bem como as complicações destas.

**Palavras-chave:** Apendicite aguda. Apendicectomia tardia. Diagnóstico tardio. Complicações de apendicite.

### REFERÊNCIAS

1 Francino RP, Figueiredo LFS, Nunes CP. Complicações de um diagnóstico tardio de apendicite. *RFMT*. 2019;3(1):1-18.

2 Nunes MC, Edelmuth SVCL, Aoki KS, Alexandre IMCGP. Apendicite aguda perfurada com complicações pós-operatórias: relato de caso. *Rev. Fac. Cienc. Med. Sorocaba*. 2015;17.

3 Lima AP, Vieira FJ, Oliveira GPM, Ramos OS, Avelino ME, Prado FG, et al. Perfil clínico-epidemiológico da apendicite aguda: análise retrospectiva de 638 casos. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2016;43(4):248-253.

4 Moreira LF, Garbin HI, Da-Natividade GR, Silveira BV, Xavier TV. Fatores preditores de complicações pós-operatórias em apendicectomias. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2018;45(5):e1920.

5 Townsend CM, Mattox K. *Sabiston tratado de cirurgia - A base biológica de uma prática cirúrgica moderna*. Edição 20ª. Expert Consult; 2019.

6 Ximenes AMG, Mello FST, Lima-Junior ZB, Ferreira CF, Cavalcanti ADF, Dias-Filho AV. Tempo de internação após apendicectomia aberta por três técnicas cirúrgicas diferentes. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2014;27(3):188-190.

## CORONA MORTIS E SUAS IMPLICAÇÕES DURANTE A REALIZAÇÃO DE REPAROS LAPAROSCÓPICOS DE HÉRNIAS INGUINAIS E FEMORAIS

Larissa Gomes de Meirelles e Silva<sup>1</sup>; Éviny Knupp da Silva<sup>2</sup>; João José de Assis Neto<sup>2</sup>; Luísa Leite Citeli dos Reis<sup>2</sup>; Kennedy Martinez Oliveira<sup>3</sup>.

1. Autora, graduanda de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares (UFJF-GV). Governador Valadares, MG, Brasil.

2. Coautor, graduando de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares (UFJF-GV). Governador Valadares, MG, Brasil.

3. Orientador, docente da disciplina de Anatomia aplicada à Medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares (UFJF-GV). Governador Valadares, MG, Brasil.

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares (UFJF-GV).

Endereço Institucional: R. São Paulo, 745- Centro Governador Valadares - MG, 35010-180.

E-mail: larissadimeirelles@gmail.com

Introdução: Corona Mortis (CM) é a anastomose dos vasos ilíacos externos, epigástricos inferiores ou femorais com vasos obturatórios. Devido ao percurso superior e posterior dos vasos ao ramo superior do púbis, possui grande relevância clínica e cirúrgica durante a abordagem laparoscópica. O desconhecimento dessa estrutura anatômica variante pode ocasionar complicações e hemorragias de difícil controle durante o procedimento, colocando em risco a vida do paciente.<sup>1,2,3,4</sup> Objetivos: Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre as complicações cirúrgicas decorrentes da lesão da CM, durante a realização de reparos laparoscópicos de hérnias inguinais e femorais. Metodologia: Foi realizada uma revisão não sistemática de artigos retirados dos bancos de dados PubMed/Medline, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs e Scielo. Todas as buscas basearam nos seguintes descritores: “Corona Mortis, Laparoscopia, Cirurgia Geral e Variação Anatômica”. Discussão: Foi relatado na literatura que a prevalência de CM varia de 12 a 65%.<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup> Essa variação deve ser considerada em decorrência do número de achados na população, possuindo interesse cirúrgico devido aos riscos de lesões iatrogênicas durante o reparo de hérnias, procedimentos ortopédicos e ginecológicos, podendo também ser comprometida em determinadas fraturas de púbis ou acetábulo.<sup>8,3,7,9</sup> A CM pode ser lesada durante a reparação laparoscópica de hérnias inguinais e femorais no instante de fixação da tela no ligamento de Cooper, podendo ocorrer a formação de pseudoaneurismas, de hematomas retroperitoneais e de hemorragias de difícil hemostasia. Além disso, segundo Testut e Latarjet<sup>10</sup>, podem ocorrer variações na origem da artéria obturatória (AO). Quando AO surge da artéria epigástrica inferior (AEI), ela pode atingir a fossa obturatória de forma oblíqua e inferior, cruzando a parede superior da veia femoral. Devido à proximidade do saco herniário, se torna uma área arriscada em abordagens de cirurgias de reparo de hérnias. Goss<sup>11</sup> afirma que a situação mais crítica desse percurso é quando a AO cruza o ligamento lacunar.<sup>12,14,15,16,17,18,19,20</sup> Considerações Finais: A CM e a variação da origem da AO devem ser consideradas em reparos laparoscópicos de hérnias inguinais e femorais devido a sua prevalência na população e sua proximidade com o ramo superior do púbis. Desse modo, o comprometimento de CM, lesões iatrogênicas podem gerar complicações graves e levar o paciente à óbito.

Palavras-chave: Anatomical Variation. Corona Mortis. General Surgery. Laparoscopy.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- [1] Rusu MC, Cergan R, Motoc AG, Folescu R, Pop E. Anatomical considerations on the corona mortis. *Surg Radiol Anat.* 2010;32(1):17-24.
- [2] Stavropoulou-Deli A, Anagnostopoulou S. Corona mortis: anatomical data and clinical considerations. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2013;53(3):283-6.
- [3] Pellegrino A, Damiani GR, Marco S, Ciro S, Cofelice V, Rosati F. Corona mortis exposition during laparoscopic procedure for gynecological malignancies. *UpdatesSurg.* 2014;66(1):65-8.
- [4] Ates M, Kinaci E, Kose E, Soyer V, Sarici B, Cuglan S, et al. Corona mortis: in vivo anatomical knowledge and the risk of injury in totally extraperitoneal inguinal hernia repair. *Hernia.* 2016;20(5):659-65.
- [5] Tajra JBM, Lima CF, Pires FR, Sales L, Junqueira D, Mauro E. Variability of the obturator artery with its surgical implications. *J Morphol Sci.* 2016;33(2):96-8.
- [6] Al Talalwah W. A new concept and classification of corona mortis and its clinical significance. *Chin J Traumatol.* 2016;19(5):251-4.
- [7] Leite TFO, Pires LAS, Goke K, Silva JG, Chagas CAA. Corona Mortis: anatomical and surgical description on 60 cadaveric hemipelvises. *Rev Col Bras Cir* 2017; 44(6): 553-59.
- [8] Karakurt L, Karaca I, Yilmaz E, Burma O, Serin E. Corona mortis: incidence and location. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2002;122(3):163-4.
- [9] Goke K, Pires LAS, Tulio TFO, Chagas CAA. Rare origin of the obturator artery from the external iliac artery with two obturator veins. *J Vasc Bras.* 2016;15(3):250-3.
- [10] Testut L, Latarjet A. Tratado de anatomía humana. Barcelona: Salvat; 1958.
- [11] Goss CM, editor. Gray's anatomy of the human body. Philadelphia: Lea & Febiger; 1973.
- [12] Sañudo J, Mirapeix R, Rodriguez-Niedenführ M, Marañillo E, Parkin IG, Vázquez T. Obturatorartery revisited. *Int Urogynecol J.* 2011;22(10):1313-8.
- [14] Bergman R, Thompson S, Afifi A, Saadeh F. Compendium of human anatomic variation: text atlas, and world literature. Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1988.
- [15] Lorenz JM, Leef JA. Embolization of postsurgical obturator artery pseudoaneurysm. *Semin Intervent Radiol.* 2007;24(1):68-71.
- [16] Kong WM, Sun CK, Tsai IT. Delayed presentation of hypovolemic shock after a simple pubic ramus fracture. *Am J Emerg Med.* 2012;30(9):2091-4.
- [17] Balbachevsky D, Pires RES, Faloppa F, Reis FB. Treatment of pelvic and acetabular fractures through modified Stoppa port. *Acta Ortop Bras.* 2006;14(4):190-2.
- [18] Leite TFO, Chagas CAA, Pires LAS, de Paula RC, Babinski MA. De Garengot's hernia in an 82-year-old man: a case report and clinical significance. *J Surg Case Rep.* 2016;2016(7):120.
- [19] Poelman MM, van den Heuvel B, Deelder JD, Abis GS, Beudeker N, Bittner RR, et al. EAES Consensus Development Conference on endoscopic repair of groin hernias. *Surg Endosc.* 2013;27(10):3505-19.
- [20] Ramser M, Messmer AS, Zbinden I, Von Holzen U, Nebiker CA. Incarcerated obturator hernialaparoscopic repair with intraoperative view of the corona mortis. *J Surg Case Rep.* 2014;2014(8):81.

## DERMATOFIBROSSARCOMA PROTUBERANS GIGANTE DE COURO CABELUDO: RELATO DE CASO

Gustavo Estevam da Silva Gomes<sup>1</sup>, Jairo de Faria Paiva Júnior<sup>1</sup>, Jeniffer Caroline Portela Luciano<sup>1</sup>, Rodrigo Dias Godinho<sup>2</sup>, Natálio Peron de Oliveira<sup>3</sup>.

1. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) - Campus Governador Valadares – Governador Valadares – MG – Brasil.

2. Médico Residente de Otorrinolaringologia do Hospital Bom Samaritano – Governador Valadares – MG – Brasil.

3. Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço do Hospital Bom Samaritano – Governador Valadares – MG – Brasil.

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) – CAMPUS GOVERNADOR VALADARES – MG.

E-mail: gustavo\_estevam@hotmail.com

Endereço institucional: Avenida Dr. Raimundo Monteiro Rezende, 330. Centro. Governador Valadares – MG.

**Introdução:** Dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP) é uma neoplasia maligna mesenquimal de células fusiformes que surge na derme, que se difunde ao tecido subcutâneo profundo, assim como pode estender-se a músculos e ossos. Sua forma clínica mais comum é um nódulo rosa ou placa acastanhada, circundada por múltiplos nódulos satélites.<sup>1</sup> **Descrição do Caso:** Paciente de 57 anos, feminino, apresenta lesão indolor na região frontal mediana há mais de cinco anos. Ao exame físico, área hipertrofica bem definida com nodulação extensa, de coloração rosa. Realizada, então, biópsia incisional, que revelou proliferação de células fusiformes com atipias citológicas leves representados por núcleos alongados, hipercromáticos, apresentando padrão infiltrativo com limites pouco precisos e alcançando tecido celular subcutâneo e músculo esquelético. Presença de figuras de mitoses típicas. Dessa forma, tratava-se de proliferação fusocelular com atipias com características morfológicas de DFSP e margens cirúrgicas difusamente comprometidas. Além disso, a amostra foi submetida à imuno-histoquímica, resultando em um painel imuno-histoquímico compatível com DFSP. Tomografia computadorizada de crânio demonstrou lesão com densidade de partes moles em couro cabeludo, sem sinais de invasão da calota craniana. Paciente submetida a cirurgia de excisão com margens ampliadas. Aguarda o resultado da biópsia para definir o seguimento. **Discussão:** DFSP é um tumor raro, com incidência anual entre 0,8-4,5 por milhão.<sup>2</sup> Geralmente um tumor assintomático e de crescimento lento. Localizado no tronco e nas extremidades proximais, sendo que alguns locais raros são: mão, região glútea, dedo do pé, vulva, glândula parótida e região da cabeça e pescoço.<sup>3,4</sup> A maioria das lesões tem menos de 5 cm, sendo que lesões maiores que 10 cm são encontrados em cerca de 3% dos casos.<sup>5</sup> Dessa forma, o DFSP desta paciente é raro pela localização e pelo tamanho da lesão, podendo ser considerado um dermatofibrossarcoma gigante. O estudo da lesão se dá por biópsia incisional, como realizado no caso.<sup>5</sup> O padrão ouro para tratamento de tumores de pele é a microcirurgia de Mohs, com taxas de recidiva de cerca de 1,3% - 7% contra 20,7% na excisão com margens ampliadas, que foi realizada serviço.<sup>5</sup> **Conclusão:** Nosso caso é raro e único em diversos aspectos: é um tumor gigante, de localização incomum. Aguardamos o resultado anatomopatológico, com expectativa de uma boa margem de segurança para que reduza a chance de recidiva.

**Palavras-chave:** Neoplasia. Dermatofibrossarcoma protuberans. Cirurgia de Mohs.

**Referências:**

1. Aragao SSC, Leite EJS, Cardoso AEC, Simões HRL. An unusual variant of atrophic dermatofibrosarcoma protuberans. *An. Bras. Dermatol.* 2018;93(2):282-84.
2. Pérez CG, Arias C, Luna P, Sorín I, Mazzuocollo LD. A Challenging Giant Dermatofibrosarcoma Protuberans on the Face. *Rep Dermatol Med.* 2016.
3. Cotoi OS, Mureşan AV, Tîlincă MC, Chiotoroiu AL, Badea MA, Vartolomei MD, et al. Giant dermatofibrosarcoma protuberans – rare form of mesenchymal tissue neoplasm: case presentation. *Rom J Morphol Embryol.* 2014;55(4):1491–95.
4. Al Barwani AS, Taif S, Al Mazrouai RA, Al Muzahmi KS, Alrawi A. Dermatofibrosarcoma Protuberans: Insights sobre um tumor de tecidos moles raro. *J Clin Imaging Sci.* 2016;6:16.
5. Costa SRP, Henriques AC. Dermatofibrosarcoma protuberans gigante de parede abdominal. *Einstein.* 2007;5(1):63-5.

## DIVERTÍCULO FARINGOESOFÁGICO: AVALIAÇÃO DAS MODALIDADES TERAPÊUTICAS

Rodrigo Dias Godinho<sup>1</sup>, Lívia Santos Reis<sup>2</sup>, Fillipe Reis Silva<sup>2</sup>, Thiago Alessi Rabelo Marinho<sup>3</sup>, Paulo Roberto Rodrigues Bicalho<sup>4</sup>

1. Médico residente do 3º ano em Otorrinolaringologia, Hospital Bom Samaritano de Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.
2. Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora campus avançado Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.
3. Cirurgião Torácico, Hospital Municipal de Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.
4. Doutor em Cirurgia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Hospital Municipal de Governador Valadares

Paulo Roberto Rodrigues Bicalho - paulo.bicalho@ufjf.edu.br

R. Teófilo Otoní, 361, Esplanada. 35020-600 – Governador Valadares, MG – Brasil.

Introdução: Divertículo esofágico é uma dilatação variável, com cavidade que se comunica com a luz do esôfago. Dentre as classificações, tem-se os divertículos faringoesofágicos (DFE)<sup>1</sup>, que é o mais comum e mais frequente encontrado em homens idosos<sup>2,9</sup>. De fisiopatologia pouco elucidada, acredita-se ser devido a aumento de pressão na luz da faringe por desordem motora no esfíncter esofágico superior<sup>7,10,11</sup> – sendo considerado divertículo de pulsão<sup>2</sup>. São sintomas clássicos: halitose, regurgitação, disfagia alta, sensação de bolo faríngeo e sialorreia<sup>11</sup>. Para diagnóstico padrão ouro é esofagograma e o tratamento é primariamente cirúrgico<sup>4,6</sup>. Descrição dos casos: Analisados 3 casos de DFE, atendidos no Hospital Municipal de Governador Valadares em 2015, nos quais foram empregadas diferentes técnicas terapêuticas. No caso 1, a técnica de diverticulotomia endoscópica com uso de grameador linear foi utilizada em paciente, sexo masculino, 64 anos, com queixa de disfagia progressiva e halitose há 2 anos, e sensação de bolo faríngeo. Já no 2º, paciente, sexo masculino, 75 anos com mesmos sintomas do caso 1 e história pregressa de gastrectomia total, foi submetido à diverticulotomia por cervicotomia com miotomia do músculo cricofaríngeo. No 3º, paciente, sexo feminino, 81 anos, com disfagia progressiva, halitose e regurgitação foi submetida à tratamento não convencional devido risco cirúrgico. Nessa foi realizada diverticulotomia via endoscopia flexível com uso de papilótomo eletrocautérico. Em todos os casos, além dos sintomas clássicos, o esofagograma e endoscopia digestiva alta foram importantes para diagnóstico e posterior tratamento cirúrgico. Além disso priorizou-se por retorno à dieta precocemente – progredindo nas consistências, e alta hospitalar em poucos dias, se paciente assintomático com exames de imagem normais. Discussão: Várias técnicas com excelentes resultados são propostas para o tratamento do DFE. O tratamento endoscópico (método de Dohlman) foi utilizado pela 1ª vez no Brasil por Barreto (1970) e desde então sua técnica é refinada<sup>2,8,12</sup>. Corroborando a casuística observou-se a reintrodução da dieta oral e alta hospitalar mais precoces nas técnicas endoscópicas, empregadas no caso 1 e 3<sup>13</sup>. Apesar disso, a cervicotomia ainda é uma técnica com bons resultados. Conclusão: Em todos os casos os resultados obtidos foram similares aos encontrados na literatura, com alto índice de remissão dos sintomas e baixa taxa de complicações e recorrência.

Palavras-chave: Diverticulotomia. Diverticulotomia endoscópica. Divertículo de Zenker. Divertículo faringoesofágico.

Referências bibliográficas:

1. Okano N, Vargas EC, Moriya T, Carneiro JJ, Elias-Junior AM. Divertículo do esôfago análise de 24 pacientes portadores do divertículo de Zenker. *Acta Cir. Bras.* 2000;15(2):60-2.
2. Pinto JA, Faller GJ, Ferreira RDP, Silva RH. Divertículo de Hipofaringe ou de Zenker. *Int. arch. Otorhinolaryngol.* 2002;6(2).
3. Henry MACA, Lerco MM, Tagliarini JV, Castilho EC, Novaes FT, Lamonica VC. Divertículo faringoesofágico: avaliação dos resultados do tratamento. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2013;40(2):104-9.
4. Silveira ML, Vilhordo DW, ACBC-RS, Krueel CDP, TCBC-RS. Divertículo de Zenker: tratamento endoscópico versus cirúrgico. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2011;38(5):343-8.
5. Ribeiro GBS, Mielke F, Volkweis BS, Schirmer CC, Krueel CDP, Morellato G, et al. Tratamento cirúrgico do divertículo de Zenker. *ABCD, arq. bras. cir. Dig.* 2008;21(3):110-3.
6. Andrade AC, Aguiar GB, Rios SGC. Divertículo de Zenker: relato de três casos. *Rev Col Bras Cir.* 2006;33(3):200-2.
7. Muraro COM, Aquino JLB, Silva MRM, Lintz JE. Divertículo de Zenker: Análise de 11 pacientes. *Revista de Ciências Médicas. PUCAMP* 1997;6(2/3):95-8.
8. Endo CM, Paiva FB, Bermejo FS, Saito PA, Gagliardi D, Pochini CC. Divertículo de Zenker: tratamento cirúrgico versus endoscópico – Revisão da literatura. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med. Santa Casa São Paulo.* 2014;59(2):82-6.
9. Veenker E, Cohen JI. Current trends in management of Zenker diverticulum. *Curr opin otolaryngol head neck surg.* 2003;11(3):160-5.
10. Ferreira LE, Simmons DT, Baron TH. Zenker's diverticula: pathophysiology clinical presentation and flexible endoscopic management. *Dis Esophagus.* 2008;21(1):1-8.
11. Senaga CM, Corralo BGCM, Lopes AF, Chojniak R. Divertículo de Zenker. *Rev Assoc. Med. Bras.* 2007;53(2):108.
12. Dhaliwal HS, Sinha SK, Kochhar R. Endoscopic management of Zenker's diverticulum. *J Dig Endosc.* 2015;6(2):45-54.
13. Case DJ, Baron TH. Flexible Endoscopic Management of Zenker Diverticulum: The Mayo Clinic Experience. *Mayo Clinic Proc.* 2010;85(8):719-722.



## DOENÇA DE MOYAMOYA: RELATO DE CASO

Lara Maia Siqueira<sup>1</sup>, Larissa Manzan de Alcântara Borges<sup>1</sup>, Isabela Souza Andrade<sup>1</sup>, Tathiana Gomes Chaves<sup>2</sup>, Ricardo Sacramento de Andrade<sup>3</sup>

1. Acadêmica de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus avançado de Governador Valadares. Governador Valadares, Brasil

2. Médica Emergencista e Pós Graduanda em Dermatologia, Governador Valadares, Brasil

3. Neurocirurgião no Hospital Municipal de Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil

Trabalho realizado na Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares.

Lara Maia Siqueira- laramsiq@hotmail.com

Endereço institucional: R. São Paulo, 745 - Centro, 35010-180, Gov. Valadares - MG, Brasil.

**INTRODUÇÃO:** Doença de Moyamoya (DM) é uma vasculopatia idiopática progressiva associada à oclusão espontânea de um vaso maior do polígono de Willis (1). Caracteriza-se por estenose da porção terminal da artéria carótida interna, porções proximais das artérias cerebrais anterior e média, e raramente posterior. A isquemia crônica das artérias resulta em proliferação e hipertrofia anormal de vasos colaterais a partir das artérias tálamo-perforantes e lenticulo-estriadas (1,2). Predomina em asiáticos, mulheres e menores de 10 anos. A etiologia é desconhecida, mas geralmente envolvem fatores ambientais e uma base hereditária poligênica (2). As manifestações mais comuns são sintomas isquêmicos, como acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico e isquemia cerebral transitória. As manifestações hemorrágicas são infarto hemorrágico, hemorragia intraparenquimatosa ou intraventricular (3). Outro sintoma é a cefaléia migrânea e refratária ao tratamento (1). **DESCRIÇÃO DO CASO:** N.R.C., masculino, 42 anos, hipertenso não tratado, apresentou quadro de cefaléia intensa durante partida de futebol, hemiplegia direita, confusão mental e desvio da comissura labial. Evoluiu com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 8). Realizou-se tomografia computadorizada (TC) cerebral, com achados compatíveis a AVE hemorrágico hipertensivo Fisher IV. Paciente foi submetido à craniotomia temporal, drenagem de hematoma temporal e instalação de derivação ventricular externa. Após desmame de sedação, apresentou quadro delimitada interação com examinador e paralisia de dimídio direito. Realizada nova TC, confirmou-se o diagnóstico de hemorragia subaracnóidea espontânea (HSAE). Para determinar a origem do sangramento, realizou-se arteriografia de vasos cervicais, com achados compatíveis com DM. **DISCUSSÃO:** As opções de abordagem cirúrgica incluem métodos de revascularização indiretos, diretos e combinados. Neste caso, optou-se por revascularização indireta pelo método de encéfalo-duro-arterio-sinangiose. A técnica é relativamente fácil, com pequeno traumatismo, reduzido tempo cirúrgico e grande revascularização cortical (2). Objetivou-se irrigar a área da artéria temporal direita (região mais acometida) através do recrutamento a partir da artéria temporal. **CONCLUSÕES:** A HSAE é causada, na sua maioria, por aneurisma roto. Todavia, existem outras etiologias, e a DM é uma causa rara. A abordagem cirúrgica prevê revascularização cortical da área afetada, visando garantir melhor prognóstico (4,5).

**Palavras-Chave:** Hemorragia subaracnóidea espontânea. Doença de Moyamoya. Encefalo-duro-arterio-sinangiose.

### REFERÊNCIAS

Yepes CMJ, Hoyos MAP, Obando MJ. Síndrome de Moyamoya: una respuesta defensiva al daño crónico de un gran vaso cerebral Reporte de una serie de casos y revisión de la literatura. *Acta Neurol Colomb.* 2018;34(1):45-53.

Roque JRFN. Doença de Moyamoya: Série de casos e revisão da literatura. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2016.

Viqueira EB, Rivera CL, Cifuentes MGS. Enfermedad de moyamoya. *Rev Clin Med Fam.* 2016;9(3):228-231.

Steiner T, Juvela S, Unterberg A, Jung C, Forsting M, Rinkel G. European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Haemorrhage. *Cerebrovasc.* 2013;35:93-112.

Pontes Neto OM, Oliveira Filho J, Valiente R, Friedrich M, Pedreira B, Rodrigues BCB, et al. Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. *Arq Neuropsiquiatr.* 2009;67(3-B):940-950.

## ESPLENECTOMIA: CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE DISTRIBUIÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E DA MORTALIDADE ASSOCIADA NO BRASIL, 2010-2018

Sara Fiorillo Rocha de Resende<sup>1</sup>; Daniel Madeira Cardoso<sup>1</sup>; Júlia Fontes Parizzi<sup>1</sup>; Luísa Sardella Nunes<sup>1</sup>; Mariana Guedes Lopes<sup>1</sup>; Pauline Martins Leite<sup>2</sup>

1. Discentes do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus avançado Governador Valadares. Governador Valadares. Brasil.

2. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus avançado Governador Valadares. Governador Valadares. Brasil.

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora - campus avançado Governador Valadares.

Endereço de e-mail: [sara.fiorillor@gmail.com](mailto:sara.fiorillor@gmail.com)

Endereço institucional: Rua São Paulo, 745 - Centro, Governador Valadares - MG, 35010180.

**INTRODUÇÃO:** A esplenectomia aumenta o risco de morte por infecção. É preciso avaliação criteriosa antes de indicá-la. (1) **OBJETIVOS:** Caracterizar a distribuição epidemiológica das esplenectomias e da mortalidade associada a esta no Brasil, entre 2010 e 2018. **MATERIAL E MÉTODOS:** Tratou-se de um estudo ecológico com dados secundários de domínio público disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS (2), com análise das variáveis: ano de atendimento, Região do Brasil, Unidade da Federação, óbitos, gastos totais, caráter de atendimento e tempo médio de permanência. Os dados foram analisados no programa estatístico PRISMA 5.0, utilizando-se o teste qui-quadrado, com valores  $p < 0,05$  considerados significativos. **RESULTADOS:** Foram realizadas 28.427 cirurgias em todo período estudado, com despesas hospitalares de R\$55.403.547,92 e tempo médio de permanência do paciente cerca de 7 dias. A maioria dos procedimentos ocorreu em 2012 (11,8%), com redução até 2018 (9,2%). A Região Sudeste se destacou com 39,4% das esplenectomias, seguida pelo Nordeste (24,4%), enquanto o Centro-Oeste realizou o menor número de procedimentos (9,6%). Considerando as unidades da federação, destacam-se São Paulo (20,8%), Minas Gerais (9,6%) e Rio de Janeiro (7,1%). Com relação ao caráter de atendimento, ressaltam-se urgência (71,7%), eletivo (20,6%), acidente de trânsito (5,3%) e lesão ou envenenamento por agente químico/físico (2,8%). Ademais, foram notificados 1445 óbitos (letalidade cirúrgica de 5%). O perfil de distribuição de mortalidade é semelhante, com redução de 2010 (12,8%) até 2018 (8,5%); e destaque para Sudeste (46,7%) e Nordeste (20,8%), entretanto com menor ocorrência no Norte (7,8%). Houve maior número de falecimentos em São Paulo (26,1%), Rio de Janeiro (9,8%) e Minas Gerais (9,7%). Observou-se correlação entre lesão ou envenenamento por agente químico/ físico e óbito na esplenectomia ( $p=0,04$ ). **CONCLUSÕES:** O perfil de distribuição das esplenectomias e dos óbitos associados aponta para Região Sudeste; São Paulo; redução ao longo dos anos; e altos gastos hospitalares. O Sudeste apresenta alto índice de traumas, possui áreas endêmicas para doenças infecciosas que acometem o baço e podem apresentar grande eficácia em sua notificação, encontrando-se possíveis explicações para o elevado número de cirurgias. Sobre a redução da mortalidade nos últimos anos, essa pode se dar tanto pela queda na prática de procedimentos quanto pela utilização de novas técnicas (3,4).

**PALAVRAS-CHAVE:** Esplenectomia. Epidemiologia. Óbitos.

### REFERÊNCIAS:

Jeong KKM, Manuel SGL. Esplenectomía laparoscópica como tratamento para la púrpura trombocitopénica idiopática y la esplenomegalia masiva en un hospital de segundo nivel. Rev. Fac. Med. (Méx.). 2018; 61(6): 20-25.

Ministério da Saúde do Brasil. Sistema de Informações Hospitalares – SIH Do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [Internet]. Brasil. [Citado em 03 out 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhttm.exe?sih/cnv/qiuf.def>

Garcia MR, Andy P. Infecção fulminante pós-esplenectomia. Arq. Gastroenterol. 2003; 40 (1): 47-54.

Ferreira JDS, Baldessar MZ, Dimatos DC, Bolan RS. Esplenectomias: indicações e cuidados. Arq. Catarin. Med. 2006. 35 (1): 15-21.

## FATORES RELACIONADOS A REINTUBAÇÃO NO PÓS-OPERATÓRIO PRECOZE DE CIRURGIA CARDÍACA: ESTUDO RETROSPECTIVO

Thaís Ferreira Perigolo<sup>1</sup>; Débora Nagem Machado<sup>1</sup>, Talita de Freitas Souza<sup>1</sup>, Humberto Batista Ferreira<sup>2</sup>, Lines Ferreira Perigolo<sup>3</sup>.

1. Acadêmica de Medicina UNIFACIG, Manhuaçu, Brasil; 2. Residente em Clínica Médica pela Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil; 3. Médica especialista em Terapia Intensiva, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brasil.

Instituição em que o trabalho foi desenvolvido: Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora. Humberto Batista Ferreira. humbertbatista8@hotmail.com. Av. Rio Branco, Nº 3353, Passos - Juiz De Fora, Brasil.

**Introdução:** No pós-operatório de cirurgia cardíaca é comum a necessidade de ventilação mecânica (VM), devido ao efeito anestésico, às repercussões sistêmicas da técnica cirúrgica e ao uso de circulação extracorpórea (CEC). Nesse período, o paciente metaboliza o anestésico, melhora a hipotermia, e após despertar tem a VM interrompida pela extubação. Algumas complicações, entretanto, podem prolongar o tempo necessário de ventilação mecânica ou até mesmo levar à falha no protocolo de extubação, com necessidade de reintubação e retorno à VM. **Objetivos:** Observar o pós-operatório de cirurgia cardíaca e investigar se há relação entre tipo de cirurgia, tempo de CEC e tipo de patologia e a necessidade de reintubação no período de até 24 horas pós-extubação. **Material e Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo, com revisão de 179 prontuários de pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva Cirúrgico da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (MG) em pós-operatório de cirurgia cardíaca no período de janeiro a junho de 2012. Os dados foram analisados quanto a necessidade e causa de reintubação no pós-operatório imediato (POI), tempo de CEC e tipo de cirurgia. **Resultado:** Somente 5 (2,79%) pacientes apresentaram necessidade de reintubação no POI. Os pacientes reintubados foram: Correção de comunicação interatrial com tempo de CEC 20 minutos, apresentando rebaixamento de nível de consciência devido a recirculação anestésica, deu entrada na UTI já extubado; paciente submetido a correção do canal átrio-ventricular com tempo de CEC de 30 minutos apresentando infecção pulmonar, pneumonia evoluindo para síndrome do desconforto respiratório agudo; paciente submetido a Troca de válvula aórtica com tempo de CEC de 80 minutos, apresentando rebaixamento do nível de consciência devido a desequilíbrio hidroeletrólítico; paciente submetido a revascularização miocárdica, com tempo de CEC não especificado no prontuário, hipertenso e tabagista, evoluindo com Infecção urinária e endocardite bacteriana; paciente submetido a valvoplastia mitral com um tempo de CEC de 40 minutos, apresentou insuficiência respiratória e PCR, evoluiu mal e foi reintubada, com êxito letal por choque cardiogênico. **Conclusão:** Não houve correlação do tipo de cirurgia, tempo de CEC ou doenças semelhantes com a necessidade de reintubação, a partir do que se conclui que a reintubação esteve relacionada a condições específicas e comorbidades do próprio paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Intubação. Período Pós-Operatório. Procedimentos Cirúrgicos Cardíacos.

### REFERÊNCIAS:

1. Navia D, Vrancic M, Vaccarino G, Piccinini F, Eduardo Iparraguirre E, Casas M et al. Cirurgia coronária com condutos arteriais múltiplos sem circulação extracorpórea. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2005;20(1):39-45.
2. Mota AL, Rodrigues AJ, Évora PRB. Circulação extracorpórea em adultos no século XXI. Ciência, arte ou empirismo? *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2008;23(1):78-92.
3. Canale LS, Monteiro A, Colafranceschi AS, Pinto DF. Tática de canulação em miniesternotomia superior para o tratamento cirúrgico de cardiopatias congênitas. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010;25(2):245-8.
4. Benedetto U, Angeloni E, Refice S, Capuano F, Goracci M, Roscitano A, et al. Is minimized extracorporeal circulation effective to reduce the need for red blood cell transfusion in coronary artery bypass grafting? Meta-analysis of randomized controlled trials. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2009 Dec;138(6):1450-3.
5. Schenekenberg CNM, Malucelli A, Dias JS, Cubas MR. Redes bayesianas para eleição da ventilação mecânica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Fisioter Mov* 2011;24(3):481-92.
6. Knapik P, Ciesla D, Borowik D, Czempik P, Knapik T. Prolonged ventilation post cardiac surgery—tips and pitfalls of the prediction game. *J Cardiothorac Surg.* 2011 Nov 23;6:158.
7. Widyastuti Y, Stenseth R, Pleym H, Wahba A, Videm V. Pre-operative and intraoperative determinants for prolonged ventilation following adult cardiac surgery. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2012 Feb;56(2):190-9.
8. Christian K, Engel AM, Smith JM. Predictors and outcomes of prolonged ventilation after coronary artery bypass graft surgery. *Am Surg.* 2011 Jul;77(7):942-7.
9. Laizo A, Delgado FEF, Rocha GM. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2010; 25(2):166-171.
10. Velasco FT, Tarlow LS, Thomas SJ. Economic rationale for early extubation. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 1995;9(5 Suppl1):2-9.
11. Guaragna JCVC, Bolsi DC, Jaeger CP, Melchior R, Petracco JB, Facchi LM et al. Preditores de disfunção neurológica maior após cirurgia de revascularização miocárdica isolada. *Braz J Cardiovasc Surg* 2006;21(2):173-9.
12. Guaragna JC, Facchi LM, Baião CG, da Cruz IBM, Bodanese LC, Albuquerque L et al. Preditores de mediastinite em cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2004;19(2):165-70
13. Arom KV, Emer RW, Petersen RJ, Schwartz M. Costeffectiveness and predictors of early extubation. *Ann Thorac Surg.* 1995;60(1):127-32.
14. Rodriguez Blanco YF, Candiotti K, Gologorsky A, Tang F, Giquel J, Barron ME et al. Factors Which Predict Safe Extubation in the Operating Room Following Cardiac Surgery. *J Card Surg.* 2012 May;27(3):275-80.
15. Stamou SC, Nussbaum M, Carew JD, Dunn K, Skipper E, Robicsek F et al. Hypoglycemia with intensive insulin therapy after cardiac surgery: predisposing factors and association with mortality. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011 Jul;142(1):166-73.
16. Dupont H, Le Port Y, Paugam-Burtz C, Mantz J, Desmonts M. Reintubation after planned extubation in surgical ICU patients: a case-control study. *Intensive Care Med.* 2001 Dec;27(12):1875-80.
17. De Oliveira DC, de Oliveira Filho JB, Silva RF, Moura SS, Silva DJ, do Egito EST et al. Sepsis no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca: Descrição do Problema. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(3):352-6.
18. Brick, AV. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica valvopatias e doenças da aorta. *Arq. Bras. Cardiol.* 2004 vol.82, (supl 5) pp. 1-20
19. Ambrozini ARP, Cataneo AJM. Aspectos da função pulmonar após revascularização do miocárdio relacionados com risco pré-operatório. *Braz J Cardiovasc Surg* 2005;20(4):408-15
20. Boeken U, Schurr P, Kurt M, Feindt P, Lichtenberg A. Early reintubation after cardiac operations: impact of nasal continuous positive airway pressure (nCPAP) and noninvasive positive pressure ventilation (NPPV). *Thorac Cardiovasc Surg.* 2010 Oct;58(7):398-402.
21. Lopes CR, Brandão CMA, Nozawa E, Auler Jr JOC. Benefícios da ventilação não-invasiva após extubação no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2008; 23(3): 344-350.
22. Nava S, Gregoret C, Fanfulla F, Squadrone E, Grassi M, Carlucci A et al. Noninvasive ventilation to prevent respiratory failure after extubation in high-risk patients. *Crit Care Med.* 2005;33(11):2465-70.
23. Pedoto A. Lung physiology and obesity: anesthetic implications for thoracic procedures. *Anesthesiol Res Pract.* 2012;2012:154208.
24. Almassi GH, Pecsai SA, Collins JF, Shroyer AL, Zenati MA, Grover FL. Predictors and impact of postoperative atrial fibrillation on patients' outcomes: a report from the Randomized On Versus Off Bypass trial. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2012 Jan;143(1):93-102. Epub 2011 Nov 4.
25. Peniche AC, Jouclas VM, Chaves EC. A influência da ansiedade na resposta do paciente no período pós-operatório imediato. *Rev Esc Enferm USP* 1999;33(4):391-403.
26. Medeiros VCB, Peniche APG. A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Rev. esc. enferm.* 2006;40(1): 86-92.
27. Galdeano LE, Rossi LA, Pezzuto TM. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev. esc. enferm.* USP 2004;38(3): 307-316.
28. Rodrigues CDA, de Oliveira RARA, Soares SMTTP, de Figueiredo LC, Araújo S, Dragosavac D. Lesão pulmonar e ventilação mecânica em cirurgia cardíaca: revisão. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010;22(4):375-83.
29. Oliveira DC, de Oliveira Filho JB, Silva RF, Moura SS, Silva DJ, do Egito EST et al. Sepsis no pós-operatório de cirurgia cardíaca: Descrição do problema. *Arq Bras Cardiol* 2010; 94(3):352-6
30. Ambrozini ARP, Cataneo AJM. Aspectos da função pulmonar após revascularização do miocárdio relacionados com risco pré-operatório. *Braz J Cardiovasc Surg* 2005;20(4):408-15
31. Sabzi F, Teimouri H. Variables that predict reintubation after open-heart surgery. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran.* 2007;21(3):158-61.
32. Schettino GPP, Reis MAS, Galas F, Park M, Franca S, Okamoto V. Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva. *J. bras. pneumol.* 2007;33, (supl 2):pp. 92-105 .
33. Goldwasser R. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. *J. bras. pneumol.* [online]. 2007;33, (supl 2):128-136 .
34. Célia Regina Lopes, CR; Auler Júnior, JOC. O Uso da Ventilação com Pressão Positiva Não-Invasiva (NPPV) como método Alternativo para a Supressão da Ventilação Mecânica no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca. *Rev Bras Ter Int* 2004;16(4):266-70.
35. Engoren M, Buderer NF, Zacharias A, Habib RH. Variables Predicting Reintubation After Cardiac Surgical Procedures. *Ann Thorac Surg* 1999;67:661-5.
36. Sabzi F, Teimouri H. Variables that predict reintubation after open-heart surgery. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran.* 2007;21(3):158-61.
37. Guaracino F, Ambrosino N. Non invasive ventilation in cardio-surgical patients. *Minerva Anesthesiol.* 2011 Jul;77(7):734-41.
38. Epstein, SK. Decision to Extubate. *Intensive. Care Med* (2002);28:535-4
39. Oliveira ALV, Nascimento RG, Gutierrez PS. Caso 6/2007: early post-operative cardiogenic shock after stenting of thoracic aorta aneurysm. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007 Dec; 89(6): 421-426.
40. Nozawa E, Kobayashi E, Matsumoto ME, Feltrim MIZ, Carmona MJC, Auler J et al. Assessment of factors that influence weaning from long-term mechanical ventilation after cardiac surgery. *Arq. bras. Cardiol.* 2003;80(3):301-310,

## FÍSTULA BILIAR POR MIGRAÇÃO DE STENT BILIAR – RELATO DE CASO

João Vitor da Silva Machado<sup>1</sup>; Lucas Magno Brandão Batista<sup>1</sup>; Franciele Maria Pires Arêdes<sup>1</sup>; Geovane Henrique Gonçalves<sup>1</sup>; Paulo Roberto Rodrigues Bicalho<sup>2</sup>.

1. Acadêmico de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Brasil.

2. Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Brasil.

João Vitor da Silva Machado

Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares

Rua São Paulo, 745 - Centro, Governador Valadares – MG.

Contato: joaovitorsmachado45@gmail.com

**Introdução:** As patologias da via biliar são frequentes na prática cirúrgica. Estima-se que 10-20% dos pacientes com colecistite litiásica possuem coledocolitíase associada<sup>1</sup>, devendo esta patologia ser investigada na presença de síndrome colestática. Descrição do caso: MRS, feminino, 76 anos, foi admitida no Hospital Municipal de Governador Valadares (HMGV) devido a um quadro de dor abdominal difusa, associada a distensão abdominal, icterícia, colúria, acolia fecal, hiperbilirrubinemia (total 13,6mg/dL; indireta 3,41mg/dL; direta 10,19mg/dL), febre, leucocitose (18.090/ 4% de bastões) e alteração de enzimas hepáticas (TGO 108U/L; TGP 100U/L; GGT 1094U/L), sendo iniciado tratamento para colangite com Ciprofloxacino e Metronidazol. Após 4 dias de piora progressiva do quadro, constatou-se uma fístula em hipocôndrio direito com drenagem de secreção biliar, associada à progressiva melhora clínica. Ultrassonografia de abdome com hepatomegalia, ausência de vesícula biliar ou líquido livre; Tomografia Computadorizada com dilatação de via biliar intra e extra-hepática, aerobilia e presença de material hiperdenso – cuja parte proximal se encontrava em 2ª porção do duodeno e parte distal próxima ao ângulo de Treiz, sugestivo de prótese deslocada. Paciente havia realizado há 18 meses colecistectomia e coledocostomia com colocação de dreno de Kehr devido a coledocolitíase, permanecendo com o dreno por 8 meses até conseguir realizar Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE), na qual foi colocado um stent biliar de plástico em colédoco e estava assintomática até o momento. Durante a internação no HMGV foi submetida a uma endoscopia digestiva alta com retirada do stent deslocado. Após o qual, houve melhora progressiva do quadro e fechamento espontâneo completo da fístula biliar em 10 dias, recebendo alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. Discussão: Os stents biliares são dispositivos tubulares de plástico ou metal indicados nas obstruções do colédoco por malignidade, estenoses benignas ou cálculos remanescentes após CPRE. Seus benefícios a curto prazo são claros, mas duvidosos a longo prazo, sendo recomenda a substituição após 3-6 meses. Uma rara complicação tardia é a sua migração com obstrução da via biliar<sup>2</sup>. Conclusões: Apesar de frequentes, as patologias de via biliar podem evoluir de forma inesperada, como na relatada, na qual o próprio organismo desobstruiu a via por um ponto de fraqueza: o antigo trajeto do dreno de Kehr.

**Palavras-chave:** Coledocolitíase. Fístula biliar. Colestase. Cálculos biliares.

**Referências:**

Williams E, Beckingham I, El Sayed G, Gurusamy K, Sturgess R, Webster G, Young T. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut. 2017;66(5):765-782.

Sohn SH, Park JH, Kim KH, Kim TN. Complications and management of forgotten long-term biliary stents. World J Gastroenterol. 2017;23(4):622-628.

## HÉRNIA DE PETERSEN - UM DIAGNÓSTICO SOB NOVA PERSPECTIVA

Carlos Alberto Perim<sup>1</sup>, Elisa Chain de Assis<sup>2</sup>, Lara Maruse do Monte Andrade<sup>2</sup>, Thauana de Castro e Bragança<sup>2</sup>, Romeo Lages Simões<sup>3</sup>.

1. Cirurgião Bariátrico do Hospital São Lucas, Governador Valadares, Brasil.

2. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE. Ligante da Liga Acadêmica de Cirurgia, Trauma e Emergência de Governador Valadares– LACITE-GV, Governador Valadares, Brasil.

3. Ms. e doutorando em Ciências da Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas. Cirurgião Geral Avançado e do Trauma do Hospital Municipal de Governador Valadares. Docente e coordenador dos Módulos Habilidades Médicas I (Urgência e Emergência), Habilidades Médicas II (Fundamentos da Cirurgia) e Clínica Cirúrgica I da UNIVALE. Orientador deste trabalho desenvolvido. Governador Valadares, Brasil.

Estudo desenvolvido no Hospital São Lucas pela Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

Autor correspondente: Carlos Alberto Perim, elisa.chain@hotmail.com

Endereço da instituição: Rua Israel Pinheiro, número 2000, bairro Santos Dumont I, CEP 35020-220, Governador Valadares, Minas Gerais

**INTRODUÇÃO:** A hérnia de Petersen (HP) ou hérnia interna, é uma complicação da cirurgia bariátrica pela técnica de Bypass Gástrico em Y de Roux (BGYR), sendo a principal causa de obstrução intestinal após tal cirurgia.<sup>1</sup> Dentre os tipos de obstrução, a que envolve a alça biliopancreática é a mais frequente e mais grave.<sup>4</sup> Pode ocorrer a partir da brecha mesentérica ao nível da anastomose enteroenteral ou pelo espaço de Petersen, localizado entre o mesocólon transverso e o mesentério da alça alimentar. O diagnóstico precoce é fundamental para abordagem imediata e resguardo de complicações, porém é um desafio devido ao quadro inespecífico. A tomografia computadorizada (TC) é o exame de escolha para confirmação do quadro, entretanto, por vezes é subdiagnosticado, e nem sempre pode-se lançar mão de tal técnica.<sup>7</sup> Diante disso, foi idealizado um método simples baseado na anatomia básica referente ao Bypass por intermédio da radiografia (RX), exame radiológico de fácil acesso e amplamente difundido no sistema de saúde pública. **OBJETIVOS:** Apresentar uma alternativa de fácil acesso para o diagnóstico de HP envolvendo alça biliopancreática. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo transversal descritivo analítico, desenvolvido no período de fevereiro de 2016 a dezembro de 2017 no município de Governador Valadares, que propõe uma técnica para auxiliar no diagnóstico de HP em pacientes submetidos à BGYR. Considerando que para haver a HP, a alça biliopancreática deve deslizar por trás da alça alimentar, e a partir disso, para o método diagnóstico em questão, foram fixados dois cliques no mesentério da alça biliopancreática a 10cm do ângulo de Treitz, localizado à esquerda da coluna vertebral, sendo facilmente visualizados ao RX. Dessa forma, na vigência de uma HP, o diagnóstico será confirmado a partir da visualização dos cliques à direita da coluna vertebral ao exame. **RESULTADOS:** No universo de 165 pacientes em que foram aplicados a técnica, 19 deram entrada no pronto atendimento apresentando dor abdominal e foram submetidos ao RX, que demonstrou que em 1 paciente os cliques se localizavam à direita, diagnosticando a HP, e ao mesmo tempo descartou a hipótese diagnóstica nos demais. **CONCLUSÕES:** Diante disso, infere-se que o método tem grande relevância e aplicabilidade ao diagnóstico precoce de HP, visto que permite a visualização ao RX, que comparado com a TC possui menor custo financeiro, menos radiação, além de mais fácil execução e melhor acesso, influenciando no prognóstico do paciente.<sup>3</sup>

**PALAVRAS CHAVE:** Hérnia de Petersen. Bypass Gástrico em Y de Roux. Complicação Pós-operatória. Obesidade. Bariátrica.

### REFERÊNCIAS:

Baker JK, Budde van Namen YW, Bruin SC, Brawn LM. Gastric bypass and abdominal pain: think of Petersen hernia. *JLS* 2012; 16(2): 311-13.

Carmody B, DeMaria EJ, Jamal M, Johnson J, Carbonell A, Kellum J et al. Internal hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass, *Surgery for Obesity and Related Diseases*; (6): 2005:543-548, ISSN 1550-7289.

Henwood, S. Técnicas e Práticas na Tomográfica Computadorizada Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Perim CA, Guedes MAE, Carvalho MFC, Lopes PGF, Simões RL. MÉTODO SIMPLES PARA DIAGNOSTICAR HÉRNIA DE PETERSEN COMPROMETENDO A ALÇA BILIOPANCREÁTICA. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 07]; 32(1): e1429.

Ramos AC, Silva ACS, Ramos MG, Canseco EGC, Galvão-Neto MP, Menezes MA et al. Bypass Gástrico Simplificado: 13 anos de experiência e 12.000 pacientes operados. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 10]; 27(Supl 1): 2-8.

Ramos AC, Domene CE, Volpe P, Pajekki D, D'Almeida LAV, Ramos MG et al. Early outcomes of the first Brazilian experience in totally robotic bariatric surgery. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* [Internet]. 2013 [cited 2019 Oct 10]; 26(Supl 1): 2-7.

Labrunie EM, Marchiori E. Intestinal obstruction after Roux-en-Y gastric bypass by Higa's technique for treatment of morbid obesity: radiological aspects. *Radiol Bras* [Internet]. 2007 June [cited 2019 Oct 10]; 40(3): 161-165.

## HÉRNIA DE GARENGEOT COM APENDICITE: RELATO DE CASO

Rodrigo Bertani Simão<sup>1</sup>, Valeriano Martins Medina<sup>1</sup>, Joyce Duda Gonçalves<sup>1</sup>, Marcos Vinícius Mendes Barroso<sup>1</sup>, Ruston da Mata Louback<sup>2</sup>

1. Residente de cirurgia geral do Hospital César Leite – Manhuaçu – MG - Brasil

2. Cirurgião Oncológico / Preceptor da Residência de cirurgia geral do Hospital César Leite – Manhuaçu – MG – Brasil

Trabalho realizado no Hospital César Leite, serviço de Cirurgia Geral.

Praça Dr. César Leite, 383 – Centro, CEP: 36900-073, Manhuaçu – MG – Brasil.

Autor Correspondente: Rodrigo Bertani Simão – rodrigobertanisimão@hotmail.com

**Introdução:** A hérnia de DeGaregeot é um subtipo raro de uma hérnia femoral encarcerada com a presença do apêndice dentro do saco herniário. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 83 anos, foi avaliada pelo médico da sua cidade de origem, no qual após realização de ultrassonografia de abdome foi diagnosticado com hérnia inguinal encarcerada. Foi encaminhada para o serviço de cirurgia geral do Hospital Cesar Leite de Manhuaçu–MG, onde foi reavaliada. Paciente relatou dor em região inguinal direita há 15 dias e exacerbação há 2 dias da admissão. Ao exame apresentava bom estado geral, eupneica, afebril, anictérica e acianótica. Abdome plano, flácido, indolor a palpação, ruídos hidroaéreos presentes, com presença de abaulamento em região inguinal e fossa ilíaca direita, com dor a palpação do local. Após a avaliação a hipótese diagnóstica foi de hernial femoral encarcerada e indicado cirurgia de imediato. Durante a realização do procedimento, através de inguinitomia oblíqua, confirmou-se hérnia femoral encarcerada e ao proceder a abertura do saco herniário verificou-se a presença de apêndice cecal em seu conteúdo na fase II. Dessa forma, foi realizado apendicectomia com correção da falha do anel femoral. Foi utilizado tela de polipropileno visto que não havia infecção aparente no local. A paciente evoluiu bem, recebendo alta hospitalar, em uso de antibioticoterapia, 48 horas após o procedimento cirúrgico. **Discussão:** As hérnias femorais são eventos incomuns, sendo a hérnia de Garegeot rara. Enquanto que a apresentação de uma apendicite numa hérnia de Garegeot é ainda mais rara, ocorrendo em cerca de 0,08 a 0,13% dos casos. Há controvérsias na literatura em relação à fisiopatologia da hérnia de Garegeot. Não há um consenso sobre o desenvolvimento da apendicite na hérnia de Garegeot: se ocorre a inflamação do apêndice e então a sua migração para o saco herniário, ou se a inflamação ocorre quando o apêndice já está no saco herniário. O diagnóstico pré-operatório é incomum, sendo na maioria das vezes intraoperatório. O tratamento para a hérnia de Garegeot não possui uma padronização definida, sendo, em geral, realizado apendicectomia e reparo da hérnia, preferencialmente com a técnica de McVay. **Conclusão:** Hérnia de Garegeot é uma patologia rara e de difícil diagnóstico clínico, sendo na maioria das vezes feito no intra-operatório. Dessa forma, o cirurgião deve estar ciente desta condição e fazê-la presente em sua lista de diagnósticos diferenciais em casos de dor abdominal baixa associada a abaulamentos na região inguinal.

**Palavras-chave:** Hernia Femural; Hernia De Garegeot; Apendicite.

### Referências

Bidarmaghz B, Tee CL. A case of De Garegeot hernia and

literature review. Case Reports. 2017.

Couto HS Jr, de Figueiredo LO, Meira RC, de Almeida Furtado T, Alberti LR, Garcia DP, et al. Treatment of De Garegeot's hernia using De Oliveira's technic: a case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2016; 26:57-60.

Konofaos P, Spartalis E, Smirnis A, Kontzoglou K, Kouraklis G. De Garegeot's hernia in a 60-year-old woman: a case report. J Med Case Rep. 2011;5:258.

Ramos KVF, Cruz FCS, Souza Filho JC, Fukushima M, Monteiro MB. Apendicite aguda em hérnia de garegeot. Relatos Casos Cir. 2016;(2):1-2

Shiihara M, Kato T, Kaneko Y, Yoshitoshi K, Ota T. de Garegeot hernia with appendicitis treated by two-way approach surgery: a case report. J Surg Case Rep. 2017;2017 (7).

Sharma H, Jha PK, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. de Garegeot hernia: an analysis of our experience. Hernia. 2007; (11):235-238.

StanglerLTB, et al. Hérnia de Garegeot com apendicite: relato de caso. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2018; (63): 119-122.



## HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TOTAL PÓS-TRAUMÁTICA CRÔNICA À DIREITA: MANEJO E TRATAMENTO

Andressa Brandão Marthon<sup>1</sup>; Lorenzo Paganini Merisio Fantin<sup>1</sup>, Samuel Santana Sodré<sup>2</sup>, Yuri Arruda Queiroz Velloso<sup>1</sup>; Emerson Ramos Lopes<sup>3</sup>.

1. Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.
2. Acadêmico de Medicina da Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.
3. Médico Urologista, Professor Auxiliar da Disciplina de Urologia da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Avançado Governador Valadares, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

Autora Correspondente: Andressa Brandão Marthon / E-mail: andressactpm.301@gmail.com / Endereço institucional: Rua São Paulo, número 745 - Centro, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil, CEP: 35010-180.

Palavras-chave: Hérnia Diafragmática Direita. Hérnia Pós-traumática. Hérnia Diafragmática Total.

**INTRODUÇÃO:** No trauma abdominal contuso grave, estima-se um aumento de dez vezes na pressão abdominal, transmitindo subitamente a energia cinética através das cúpulas frênicas, podendo causar lesão do diafragma. A hérnia diafragmática traumática (HDT) é definida como a evisceração transdiafragmática de conteúdo abdominal no tórax<sup>1</sup>. O lado esquerdo é mais comumente afetado devido: contenção e proteção do fígado ao diafragma homolateral; ponto de maior fraqueza embrionária na área póstero-lateral esquerda; maior letalidade dos traumas à direita, devido à gravidade das lesões associadas (lesões hepáticas e cavo-aórticas)<sup>3</sup>. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente masculino, 49 anos, admitido no pronto atendimento com queixa de dispneia em piora progressiva, dor abdominal em quadrante superior direito agravada no período pós-prandial e dor torácica, ambas em caráter intermitente. História pregressa de acidente motociclístico há 14 anos, resultando em fratura de fêmur e arcos costais direito, além de hemotórax ipsilateral, ambos resolvidos na ocasião. À admissão, paciente encontrava-se estável, em bom estado geral, sem queixa de dor. Havia redução dos ruídos adventícios em hemitórax direito. Na radiografia de tórax foi evidenciado atelectasia pulmonar, opacificação do terço médio e inferior, associado à presença de níveis hidroaéreos em hemitórax direito. Paciente submetido à toracofrenolaparotomia direita onde se constatou perda integral da hemicúpula diafragmática direita e ascensão de fígado, alça colônica e delgada para cavidade torácica. Realizada redução do conteúdo herniado, colocação de duas telas inorgânicas de polipropileno para substituição do segmento perdido do diafragma com fixação em mediastino e parede torácica, além da colocação de dreno em selo d'água em tórax e abdome, ambos à direita. No oitavo dia pós-operatório, sem intercorrências, paciente recebeu alta. **DISCUSSÃO:** A HDT direita é uma condição subdiagnosticada por estar muito associada a traumas complexos, com alto grau de letalidade. Ainda é um desafio para os cirurgiões, seja pelo retardo e dificuldade do diagnóstico inicial ou pela ruptura diafragmática estar, em mais de 94% dos casos, associada a múltiplas lesões<sup>2</sup>. **CONCLUSÃO:** Ressalta-se a importância do alto grau de suspeição de HDT em pacientes vítimas de traumatismo abdominal de grande impacto, bem como lançar mão de exames complementares simples, como radiografia de tórax, atuando no diagnóstico e tratamento o mais breve e adequado possível.

Referências:

1. Alves PJG. Hérnia diafragmática traumática. Rev. Col. Bras. Cir. 2001. Oct; 28(5): 375-382.
2. Alves JR, Teshirogi EY. Traumatic diaphragmatic hernia: diagnosis and management. Rev Fac Ciênc Méd. 2007; 9(4):1-6.
3. Sousa SPA, Baptista JP, Martins L, Pimentel J. Traumatic Diaphragmatic hernias: retrospective analysis. Rev Port Pneumol. 2006; 12(3):225-39

## INFARTO OMENTAL: UMA CAUSA INCOMUM DE ABDOME AGUDO - RELATO DE CASO

Gabriela dos Santos Souza<sup>1</sup>; Júlia de Castro Faria, Acadêmica<sup>2</sup>; Letícia Martins Guedes<sup>3</sup>; Rafael Pereira Silva<sup>4</sup>, Cecília Pereira Silva<sup>5</sup>

1. Acadêmica, Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), Volta Redonda, Brasil.

2. Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), Volta Redonda, Brasil.

3. Residente de Pediatria, Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Brasil.

4. Médico, Preceptor do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMSRJ) Clínica da Família Rinaldo de Lamare – Rocinha, Rio de Janeiro, Brasil.

5. Médica, Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e Meio Ambiente pelo Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), Volta Redonda, Brasil.

Instituição: Hospital das Clínicas de Volta Redonda, R. 41-C, 160 - Vila Santa Cecília, Volta Redonda - RJ, 27255-430, hospitaldasclinicasvr.com.br. Cecília Pereira Silva, cecilia.p.silva@oi.com.br .

**INTRODUÇÃO:** O Infarto Omental (IO) é uma causa pouco frequente de afecção abdominal, correspondendo a 0,1% dos casos de abdome agudo em crianças<sup>5</sup>. Existem apenas 250 relatos de casos descritos na literatura<sup>3</sup>. Devido à raridade e pela similaridade clínica com a apendicite aguda (AA), muitos pacientes são abordados cirurgicamente de forma desnecessária<sup>2</sup>. O presente relato visa elucidar a importância do diagnóstico diferencial entre essas duas entidades e, assim, evitar abordagens invasivas desnecessárias. **DESCRIÇÃO:** Escolar, feminino, admitida no pronto-socorro com dor abdominal há seis dias, afebril, sem náusea ou vômitos, peristalse aumentada, palpação dolorosa em FID, sem sinais de peritonite. Nos exames complementares a única alteração foi proteína C reativa de 66mg/L. Na tomografia computadorizada (TC) de abdome visualizou-se apêndice normal e densificação gordurosa junto à borda antimesentérica de terço médio do cólon ascendente, sugestivo de processo inflamatório. Tratada ambulatoriamente com analgésico. Quinze meses após, encontra-se assintomática. **DISCUSSÃO:** O IO ocorre devido à torção do seguimento arterial e venoso da artéria epiploica e pode ser primária ou secundária a um trauma, tumor ou inflamação localizada<sup>2</sup>. Dos casos relatados, 90% das IOs acometem FID, colaborando para a dificuldade em se diferenciar de um quadro de AA<sup>1,2,4</sup>. O IO caracteriza-se por dor abdominal, febre, com sintomas gastrointestinais ou não<sup>3,5</sup>. O exame físico abrange desde um abdome sem anormalidades até a presença de uma massa palpável com sinais de peritonite<sup>1</sup>. É frequente leucocitose com desvio à esquerda e aumento de marcadores inflamatórios<sup>4</sup>. A ultrassonografia (USG) e a TC são as principais ferramentas para essa diferenciação<sup>5</sup> sendo a TC o padrão-ouro<sup>1,4,5</sup>. O manejo da IO é discutível, sendo a opção cirúrgica mais indicada em pacientes refratários ao tratamento conservador ou quando há dúvida diagnóstica<sup>1,7</sup>. O IO é uma doença autolimitada e, em geral, a analgesia é suficiente para resolução do quadro<sup>6</sup>. Quando se opta pela cirurgia, é preferível a laparotomia com omentectomia em detrimento da cirurgia convencional, pois a primeira é capaz de examinar todo abdome, excluir causas secundárias e ser minimamente invasiva<sup>7</sup>. **CONCLUSÃO:** Apesar da baixa frequência de IO nos pacientes pediátricos quando comparado aos casos de AA, é necessário conhecer essa patologia e suas formas de diferenciação diagnóstica, a fim de se evitar intervenções invasivas dispensáveis.

Palavras-chave: Abdome Agudo. Dor Abdominal. Doenças Raras.

### REFERÊNCIAS

- 1) McCusker R, Gent R, Goh DW. Diagnosis and management of omental infarction in children: our 10 year experience with ultrasound. *Journal of pediatric surgery*. 2018;53(7):1360-1364.
- 2) Gupta L, Saxena AK, Sodhi KS, Mahajan JK, Khandelwal N. Omental infarction: An unusual cause of right iliac fossa pain in children. *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons*. 2016;21(1),33.
- 3) Udechukwu NS, D'Souza RS, Abdulkareem A, Shogbesan O. Computed tomography diagnosis of omental infarction presenting as an acute abdomen. *Radiology case reports*. 2018;13(3): 583-585.
- 4) Álvarez AA, Serna JP, Chávez LR, Perri LE, Palacios MG, Barca PR, et al Tratamiento conservador del infarto omental. *Cir Pediatr*. 2014;27:149-152.
- 5) Phalke N, Mehta Z, Das S. Utilization of Imaging to Identify a Benign Condition Mimicking Acute Appendicitis in a Child. *Journal of investigative medicine high impact case reports*. 2018;6: 2324709618797989.
- 6) Arigliani M, Dolcemascolo V, Nocerino A, Pasqual E, Avellini C, Cogo P. A Rare Cause of Acute Abdomen: Omental Infarction. *The Journal of pediatrics*. 2016;176:216-216.
- 7) Wertheimer J, Galloy MA, Régent D, Champigneulle J, Lemelle JL. Radiological, clinical and histological correlations in a right segmental omental infarction due to primary torsion in a child. *Diagn Interv Imaging*. 2014;95:325-331.

## INVESTIGAÇÃO PRECOZE E MELHORA DO PROGNÓSTICO DA ASSOCIAÇÃO DE VACTERL: ESTUDO DE CASO EM RECÉM-NASCIDO DO SEXO FEMININO

Gabriela Andrade Carmo<sup>1</sup>; Victória Eler Fava<sup>1</sup>; Ariana Pinheiro Caldas<sup>1</sup>; Leonardo Oliveira Leão e Silva<sup>2</sup>

1. Graduandas em Medicina da Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares/ Brasil.

2. Doutor em Saúde Coletiva pela UFRJ; Professor adjunto - UNIVALE do Programa de Mestrado Gestão Integrada do Território/GIT/UNIVALE, e pesquisador do Grupo de Pesquisa, Saúde Indivíduo e Sociedade/SAIS/ UNIVALE/CNPq; Governador Valadares / Brasil.

Instituição: UNIVALE – Universidade Vale do Rio Doce

Autor Correspondente: Gabriela Andrade Carmo – gabrielaandrdecarmo@hotmail.com

Endereço institucional: Campus Antônio Rodrigues Coelho, Departamento SAIS – Rua Israel Pinheiro, 2000, Bairro Universitário – CEP: 35020-220, Governador Valadares/ MG – Fone: 55+ (33) 3270-5500.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de VACTERL. Malformações Congênitas. Prognóstico, Atresia de Esôfago.

**INTRODUÇÃO:** VACTERL é um acrônimo para associação de malformações congênitas. É raro e predomina em meninos. Pode ser diagnosticada no pré-natal e sua evolução relaciona-se com o tratamento precoce. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Recém Nascido (RN), sexo feminino, nascido na maternidade do HMGV em 28/03/19, via cesárea, 38 semanas, peso: 2,800kg, apropriado para idade gestacional, apgar 7/8. Apresentou polidramnia em USG (ultrassonografia) obstétrico, feito no pré-natal. Após nascer evoluiu com bradicardia e dispnéia, sendo feita aspiração de vias aéreas e suporte respiratório com hood, sat O<sub>2</sub> 71%, sem boa resposta. Transferido para UTI neonatal recebendo CPAP, hidratação venosa e antibiótico, pois em hemocultura apresentou: Staphylococcus epidermidis e Staphylococcus haemolyticus. Realizou: Ecodopplercardiografia: transposição congenitamente corrigida de grandes vasos, com comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum de pequena magnitude, função sistólica preservada. Raio-x de tórax, abdome e coluna vertebral com malformações. Diagnosticado com anomalia de vértebra lombar, proximidade do canal anal e vaginal, CIA - Ostium Secundum, fistula traqueoesofágica, atresia esofágica (AE) e agenesia radial direita. Conduta: Nutrição por sonda orogástrica aberta com aspiração contínua; Gastrostomia; Toracotomia direita e esquerda; correção da AE. **DISCUSSÃO:** A síndrome de VACTERL é rara, sendo que 70% ocorre no sexo masculino, o que torna este caso ainda mais incomum, por se tratar de uma menina. O USG no pré-natal pode sugerir anomalias como a AE, pela presença de polidramnia, mas seu diagnóstico geralmente é feito após o parto. Assim, mesmo que este achado na USG não resulte em maior sobrevida, nota-se um diferencial, o diagnóstico precoce, que possibilitou condutas objetivas como a rápida correção cirúrgica das anomalias, principalmente a AE. Vale ressaltar que há casos em que a AE só é percebida durante a amamentação, havendo regurgitação, cianose e insuficiência respiratória aguda, indicando manejo inadequado no pós parto. **CONCLUSÃO:** Por ser rara, demonstra ser essencial a investigação precoce deste agravo, ainda no pré-natal, a fim de tratar e prevenir possíveis complicações. Afinal, o RN afetado pode evoluir bem, sem dano cognitivo se houver o manejo correto e a devida abordagem cirúrgica.

### REFERÊNCIAS

- 1- Goes BFR, Rodrigues CH, Hishinuma G. Relato de um caso de associação de VACTERL e discussão acerca de seus aspectos prognósticos. Rev. USP Medicina RP 2017;50(3):201-5
- 2- Ramos JA, Shettar SS, James CF Analgesia neuraxial em uma parturiente com síndrome de Vacterl em trabalho de parto normal. Rev. Bras. Anestesiol. Campinas, Mar./Apr. 2018;68(2).
- 3- Nogueira PCK, Paz IP. Sinais e sintomas das anormalidades do desenvolvimento do trato genitourinário. J. pediatr. (Rio J.); 92(3,supl.1): 57-63.
- 4- Cardoso C, Bandeira A, Martins M, Martins E. Genes, crianças e pediatras. Nascer e Crescer. Porto. dez. 2012;21(4).
- 5- Romagna ES, Oliveira VF, Ballardin PAZ. Atresia de Esôfago - relato de caso. Arquivos Catarinenses de Medicina. Santa Catarina. 2010;39(3).
- 6- Santos J, Nogueira R, Pinto R, Cerveira I, Pereira S. First Trimester Diagnosis of VACTERL Association. Clin Pract. Feb 2013;3(1):e5.
- 7- Solomon BD, Pineda-Alvarez DE, MD, Bous SM, Keaton AA, Vélez J et al. Analysis of Component Findings in 79 Patients Diagnosed with VACTERL Association. Am J Med Genet A. 2010 Sep; 152A(9):2236–2244.
- 8- Solomon BD, VACTERL/VATER Association. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2011; 6(56).

## MIÍASE EM PROLAPSO RETAL: RELATO DE CASO

Clara Melina Araújo Trindade<sup>1</sup>, Amanda Farão Lima Silva<sup>1</sup>, Ana Carolina Cerqueira Chaves<sup>1</sup>, Carlos Alberto da Silva Rodrigues<sup>1</sup>, Lucianne Thaís Alves Nogueira<sup>2</sup>.

1. Acadêmico(a) de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.

2. Médica Residente em Cirurgia Vasculare pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia, Curitiba, Brasil.

Instituição em que o trabalho foi desenvolvido: Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares.

Autora correspondente: Clara Melina Araújo Trindade; E-mail: claramelinatrindade@hotmail.com.

Endereço institucional: Rua São Paulo, 745, Centro, Governador Valadares, Brasil. E-mail: caad.gv@ufjf.edu.br.

**INTRODUÇÃO:** A miíase é uma zoodermatose caracterizada pelo acometimento de órgãos ou tecidos do homem e de outros animais. As principais formas de apresentação são infecção cutânea e acometimento cavitário de áreas desnudas, sendo raras lesões em ânus e vagina. É frequente em países tropicais e acomete, em maior frequência, moradores rurais. Em áreas urbanas, é mais comum em regiões expostas do corpo, indivíduos com hábitos precários de higiene, baixo nível de instrução e população de risco. As manifestações clínicas associam-se ao sítio infectado, apresentando, geralmente, prurido e dor. Faz-se remoção mecânica das larvas e desbridamento cirúrgico dos tecidos desvitalizados, evitando infecção bacteriana secundária e reação inflamatória. **RELATO DE CASO:** JO., 64 anos, masculino, lavrador, morador da zona rural, foi atendido no pronto socorro do Hospital São Sebastião em Viçosa-MG. Queixa dor, prurido e secreção serosa em região anal, iniciado há 1 mês. À inspeção perianal, observou-se a presença de larvas, descontinuidade da mucosa anal e prolapso retal. Foi encaminhado ao bloco cirúrgico para retirada mecânica de 30 larvas e desbridamento cirúrgico, sob raqui anestesia. Foi feito curativo local oclusivo com vaselina e administrada dose única de Ivermectina 6mg, 2 comprimidos via oral (VO). Durante a internação, houve eliminação de larvas e, com a melhora do quadro, recebeu alta hospitalar. Manteve seguimento ambulatorial e, após 6 meses, realizou cirurgia de correção do prolapso retal, sob técnica de Delorme. **DISCUSSÃO:** O contato do reto com o chão durante a evacuação facilita a infestação por larvas, sendo o possível mecanismo fisiopatológico. O objetivo do tratamento é remoção mecânica completa dos parasitas e desbridamento cirúrgico dos tecidos inviabilizados, a fim de evitar a extensa reação inflamatória, infecção ou granuloma devido a restos teciduais remanescentes. O controle sistêmico é feito com ivermectina VO 150-200 mcg/kg. Em casos de necrose extensa do reto ou grande remoção da musculatura esfinteriana pelo desbridamento cirúrgico, pode ser necessário realização de colostomia em alça sigmóide. **CONCLUSÃO:** O acometimento da miíase retal em prolapso é raro, não havendo referência quanto a incidência desta, com poucos relatos de caso. Entretanto, deve ser prontamente diagnosticada e tratada devido à gravidade, sendo o exame proctológico fundamental. Este relato reforça a importância dos hábitos de higiene e da educação em saúde na população.

Palavras-chave: Miíase. Prolapso Retal. Desbridamento Cirúrgico. Exame Proctológico.

### REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

Kotze PG; Martins JF; Steckert JS; Scolaro BL; Rocha JG; Miranda EF, et al . Infestação por miíase em prolapso retal: relato de caso e revisão de literatura. Rev Bras Coloproctol. 2009; 29(3):382-5.

## ORQUITE COMO APRESENTAÇÃO CLÍNICA DO SEMINOMA CLÁSSICO- RELATO DE CASO

Teresa Vilela Pereira<sup>1</sup>, Geovana Kloss<sup>1</sup>, Bianca Sarria<sup>1</sup>, Luana Barbosa Sansão<sup>1</sup>, Marcone Magalhães Filho<sup>2</sup>

1. Acadêmicas do Curso de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.

2. Médico urologista. Professor efetivo da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.

Instituição de desenvolvimento do trabalho: Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares.

Autor correspondente: Teresa Vilela Pereira; E-mail: teresavpereira@hotmail.com

Endereço institucional: Rua Manoel Byrro, 241, bairro Vila Bretas.

**INTRODUÇÃO:** O seminoma clássico é o tumor de células germinativas (TCG) mais comum entre as neoplasias testiculares primárias.<sup>1</sup> A apresentação clássica é massa testicular endurecida e indolor. Em 20% dos casos há dor escrotal e 10% orquite aguda ao diagnóstico.<sup>2</sup> Orquiectomia radical via inguinal, precedida pela ligadura alta do cordão espermático é o procedimento de escolha.<sup>3,4</sup> **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente sexo masculino, 29 anos, com relato de dor e aumento testicular importantes à direita, associado a sinais flogísticos, de início há 2 meses. À ultrassonografia (US), aumento de vascularização e testículo direito, heterogêneo, sem nódulos. À suspeita de orquite, optou-se por antibiótico empírico, antiinflamatório e seguimento clínico semanal. A despeito da terapia, houve rápida deterioração clínica, indicando-se orquiectomia radical direita de urgência, via inguinal. À histopatologia, seminoma clássico 9,5 centímetros (cm), epidídimo e túnica vaginal livres. À tomografia computadorizada (TC) de abdome total, linfonodomegalia retroperitoneal com sinais de necrose e extravasamento capsular. À pesquisa de marcadores tumorais, alfafetoproteína e gonadotrofina coriônica humana beta normais e lactato desidrogenase (LDH) elevada (251 U/L). Estadiamento clínico II C.<sup>5</sup> Iniciada quimioterapia (QT) com esquema alternativo, interrompida devido a efeitos adversos. TC pós-QT com linfonodomegalias retroperitoneais residuais paracavais, novas lesões interaortocavais de 3,3 cm e aumento do LDH para 919 U/L. Realizada linfadenectomia retroperitoneal e ressecção de tumoração em retroperitônio. **DISCUSSÃO:** Os seminomas são mais comuns entre a 4ª e 5ª décadas de vida.<sup>4</sup> Neste caso, trata-se de paciente jovem com US seriadas inocentes e sem fatores de risco para malignidade,<sup>6</sup> apesar do quadro de orquite prolongada e progressiva, associada a perda ponderal e rápida queda do estado geral. Diante da dúvida diagnóstica, deve-se ponderar a escolha da abordagem, cirúrgica ou clínica. Afinal, a orquiectomia é uma técnica invasiva, com inconvenientes psíquicos e físicos.<sup>3</sup> Ademais, diante da possibilidade de câncer, exclui-se a chance de realização de biópsia e faz-se necessária cirurgia radical via inguinal.<sup>7</sup> **CONCLUSÕES:** Em pacientes com nódulo ou tumoração testicular ou orquite/orquiepididimite sem resposta ao tratamento clínico, deve-se considerar o diagnóstico de neoplasia.<sup>5</sup> Nesse contexto, alerta-se a importância do acompanhamento vígil na escolha precisa do momento de intervir.

**PALAVRAS-CHAVE:** Orquite. Seminoma. Orquiectomia.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Wang K, Chen Y, Zhao Z, Feng M, Zhang S. Identification of potential core genes and miRNAs in testicular seminoma via bioinformatics analysis. *Mol Med Rep* [Internet]. 2019 Set [citado 04 Out 2019]; 20(5):4013-4022. Disponível em: <https://www.spandidos-publications.com/mmr/20/5/4013>
2. Clarke NW, Hoyle AP. The management of testis cancer. *Surgery (Oxford)* [Internet]. 2016 Oct [citado 04 Out 2019]; 34(10):517-526. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0263931916301065>
3. Ghoreifi A, Djaladat H. Management of Primary Testicular Tumor. *Urol Clin North Am* [Internet]. 2019 Aug [citado 06 Out 2019]; 46(3):333-339. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31277728>
4. Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA. *Campbell-Walsh Urology*. 11ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2016
5. Canto RN. Diretrizes Oncológicas: Câncer de Testículo. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) [Internet]. 2018 Out [cited 06 Out 2019]; 26:1-8. Disponível em: [https://diretrizesoncologicas.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%C3%B3gicas-2\\_Parte26.pdf](https://diretrizesoncologicas.com.br/wp-content/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%C3%B3gicas-2_Parte26.pdf)
6. Rajpert-De Meyts E, McGlynn KA, Okamoto K, Jewett MA, Bokemeyer C. Testicular germ cell tumours. *Lancet* [Internet]. 2016 Abr [citado 08 Out 2019]; 387(10029):1762-1774. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615009915>
7. Nicolai N, Biononi D, Catanzaro MA, Colecchia M, Trama A, RARECAREnet Working Group. Testicular germ-cell tumours and penile squamous cell carcinoma: Appropriate management makes the difference. *Eur J Surg Oncol* [Internet]. 2019 Jan [citado 08 Out 2019]; 45(1):60-66. Disponível em: [https://www.ejso.com/article/S0748-7983\(18\)30416-5/fulltext](https://www.ejso.com/article/S0748-7983(18)30416-5/fulltext)

## PERDA DE ACUIDADE VISUAL APÓS OCLUSÃO CAROTÍDEA TOTAL EM PACIENTE COM ENDARTERECTOMIA PRÉVIA - RELATO DE CASO

Marina Gonçalves Vieira<sup>1</sup>, Guilherme do Carmo Silva<sup>1</sup>, Janine Radd Ferreira Pinto<sup>2</sup>, Victor Ferreira Masson<sup>3</sup>

1. Acadêmico(a) do curso de Medicina - Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares (MG), Brasil.

2. Especialista em Catarata pela Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

3. Doutor em Cirurgia e Oftalmologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

Instituição de desenvolvimento do trabalho: Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares, Governador Valadares, MG.

Autor correspondente: Victor Ferreira Masson; E-mail: [victorfmasson@yahoo.com.br](mailto:victorfmasson@yahoo.com.br)

Endereço institucional: R. Manoel Byrro, 241 – Vila Bretas, Gov. Valadares – MG, CEP: 35032-620

**INTRODUÇÃO:** As obstruções das artérias carótidas, causadas majoritariamente por lesões ateromatosas, podem desencadear alterações vasculares retinianas e coroidianas, levando à hipoperfusão transitória ou permanente dos tecidos ópticos.<sup>1</sup> As manifestações oftalmológicas condicionadas a esse processo podem ser os primeiros e mais comuns indícios da doença carotídea aterosclerótica.<sup>2</sup> **DESCRIÇÃO DO CASO:** A.S.C., 75 anos, procurou atendimento oftalmológico de rotina para avaliação de catarata. Apresentava antecedente cirúrgico de endarterectomia à direita, há 6 meses, devido à obstrução carotídea. O exame oftalmológico inicial demonstrou acuidade visual com correção de 20/50 em olho direito (OD) e 20/40 em olho esquerdo (OE). A biomicroscopia evidenciava presença de catarata senil em ambos os olhos. A fundoscopia mostrava sinais de retinopatia hipertensiva e alguns vasos colaterais no disco óptico direito. Foi realizada facectomia com implante de lente intraocular em OD, sem intercorrências clínicas ou oftalmológicas durante o procedimento. Transcorridos 15 dias, o paciente percebeu uma piora importante da acuidade visual no OD. Uma nova avaliação oftalmológica foi realizada e não havia quaisquer alterações decorrentes da facectomia. Um novo exame fundoscópico revelou palidez e discreto aumento dos vasos colaterais no disco óptico direito. Após encaminhamento para cirurgia vascular e realização doppler de artérias carótidas, foi demonstrada uma nova oclusão da artéria carótida externa e interna, total, ao lado direito, com repercussões em território vascular da artéria oftálmica e da artéria central da retina. **DISCUSSÃO:** Obstruções carotídeas por lesões ateromatosas, principalmente oclusões de 90%,<sup>3</sup> são capazes de reduzir a perfusão dos vasos oculares, como a artéria oftálmica e a artéria central da retina.<sup>1</sup> A coexistência do distúrbio carotídeo e alterações visuais torna-se presumível mesmo em situações de endarterectomia prévia, sendo necessário nova investigação devido à possibilidade de reestenose,<sup>3</sup> cuja incidência varia entre 0,1 a 7,9% de acordo com uma análise de relevância científica.<sup>4</sup> **CONCLUSÕES:** Os achados oftalmológicos podem ser a única manifestação da doença carotídea aterosclerótica e, diante da possibilidade de reestenose após endarterectomia, evidencia-se a importância da avaliação ultrassonográfica no acompanhamento dos pacientes, facilitando o diagnóstico e tratamento precoces de modo a minimizar os riscos de repercussões visuais e cerebrais.

**Palavras-Chave:** Estenose das Carótidas. Endarterectomia. Acuidade visual.

### REFERÊNCIAS

1. Song JX, Lin XM, Hao ZQ, Wu SD, Xing YX. Ocular manifestations of internal carotid artery dissection. *Int J Ophthalmol* [Internet]. 2019 [Citado 24 Out 2019];12(5):834-839. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6520286/>.
2. Arthur A, Alexander A, Bal S, Sivadasan A, Aaron S. Ophthalmic masquerades of the atherosclerotic carotids. *Indian J Ophthalmol* [Internet]. 2014 [Citado 24 Out 2019];62(4):472-476. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064226/>.
3. Hussain N, Jalali S, Kaul S. Carotid artery disease and ocular vascular disorders. *Indian J Ophthalmol* [Internet]. 2001 [Citado 24 Out 2019];49:5-14. Disponível em: <http://www.ijo.in/text.asp?2001/49/1/5/22665>
4. Marques AC, Golebiowsky P, Lacativa MC, Alvarenga RP. Incidência de Reestenose em Pacientes Submetidos a Endarterectomia Cirúrgica. *Rev Bras Ecocardiogr imagem cardiovasc* [Internet]. 2009 [Citado 23 Out 2019];22(4):13-9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-530904>.



## PROSTATECTOMIA TOTAL – ABORDAGEM VIA PERINEAL: REVISÃO DE LITERATURA

Gustavo Luccidi Xavier<sup>1</sup>, Isabela Dias Pereira<sup>2</sup>, Marcelo dos Santos Mourão<sup>3</sup>, Romeo Lages Simões<sup>4</sup>

1. Acadêmico do curso de Medicina, Universidade do Vale do Rio Doce, Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário, Governador Valadares - MG –Brasil (gustavoluccidi@hotmail.com)

2. Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte, Av. Prof. Mário Werneck, 1685 - Estoril - Belo Horizonte - MG - Brasil

3. Acadêmico do curso de Medicina na Faculdade de Minas, Av. Cristiano Machado, 12001 - Vila Cloris, Belo Horizonte - MG – Brasil

4. Docente e coordenador dos Módulos de Habilidades Médicas I (Urgências e Emergências), Habilidades Médicas II (Fundamentos da Cirurgia) e Clínica Cirúrgica I da Universidade Vale do Rio Doce. Mestre e Doutorando em ciências da cirurgia, pela Universidade Estadual de Campinas

Instituição em que o trabalho foi desenvolvido: Universidade do Vale do Rio Doce.

Endereço institucional: Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário, Governador Valadares - MG –Brasil

Autor correspondente: Gustavo Luccidi Xavier; E-mail: gustavoluccidi@hotmail.com

**Introdução:** O câncer de próstata possui alta incidência no sexo masculino no Brasil.<sup>1</sup> O tratamento de escolha da neoplasia é a prostatectomia radical (PR). A forma cirúrgica mais empregada é a retropúbica, devido à possibilidade de acessar e remover os linfonodos pélvicos.<sup>2</sup> No entanto, para casos em que a linfadenectomia pélvica não é necessária para a terapêutica, a prostatectomia por via perineal (PRP) é uma alternativa benéfica quanto aos resultados prognósticos, baixa morbidade, e níveis de complicações semelhantes à abordagem retropúbica.<sup>4,6</sup> **Objetivo:** Analisar a abordagem cirúrgica perineal da PR, em seus aspectos curativos, funcionais e indicações, de modo a salientar os pontos positivos e negativos da técnica. **Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática baseada em estudos científicos disponíveis nas bases de dados PubMed, Scielo e Elsevier, publicados entre o ano de 2000 a 2018, nos idiomas português e inglês. Foram identificados 92 artigos, sendo escolhidos 12 artigos, utilizados 9 artigos e excluídos 83 artigos por não possuírem correlação com o estudo proposto. **Discussão:** O confinamento da neoplasia à cápsula prostática, com baixo risco de acometimento linfonodal pela escala de Gleason é uma indicação favorável à PRP, uma vez que esse acesso cirúrgico não permite a ressecção linfonodal.<sup>4,7</sup> O tempo médio do procedimento variou entre 110 minutos e 180 minutos.<sup>5,7,8</sup> O tempo de permanência hospitalar é baixo, sendo que 91% das altas ocorrem nas primeiras 23 horas.<sup>5,6</sup> O custo operatório é 40% menor comparando ao custo da via retropúbica.<sup>5,8</sup> A técnica é menos invasiva, possui baixa perda sanguínea e rápido retorno a atividades habituais do paciente. A incontinência urinária é uma complicação comum.<sup>8</sup> A função erétil se mostrou preservada em cerca de 80% das operações. A possibilidade de lesão retal é alta.<sup>8</sup> A principal desvantagem, dessa abordagem é a impossibilidade de ressecção linfonodal, no entanto a linfadenectomia pode não ser necessária se o risco de afeção dos linfonodos é baixo.<sup>3,5,9</sup> **Conclusão:** A PRP constitui uma opção cirúrgica benéfica para neoplasias prostáticas de baixo estadiamento e sem acometimento linfonodal.<sup>6</sup> O controle tumoral apresenta baixa recidiva. O custo, tempo de internação, e recuperação pós cirúrgicas são satisfatórias.<sup>5,8</sup>

**Palavras chave:** Prostatectomia total/radical. Métodos de Prostatectomia. Próstata. Neoplasias da Próstata. Via perineal.

**Referências:**

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
2. Moretti TBC. “História Natural” da prostatectomia radical laparoscópica: maturidade ou fim? Desenvolvimento e aplicação da revisão sistemática reversa em aspectos epidemiológicos e clínicos da prostatectomia radical laparoscópica. [dissertação de mestrado]. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2018.
3. Ministério da Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata, Relatório de Recomendação, CONITEC, 2015. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT\\_Adenocarcinomadeprostata\\_CP](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/DDT_Adenocarcinomadeprostata_CP)
4. Amorim GLCC, Cruz GMG, Veloso DFM, Kartabil JD, Vieira JC, Alves PR. Análise comparativa das técnicas de prostatectomia radical perineal e suprapúbica na abordagem do câncer de próstata localizado. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2010 Jun ;8(2):200-204. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt\\_1679-4508-eins-8-2-0200.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0200.pdf)
5. Gillitzer R, Thüroff JW. Relative advantages and disadvantages of radical perineal prostatectomy versus radical retropubic prostatectomy. Crit Rev Oncol Hematol. 2002 Aug;43(2):167-90.
6. Martinho D, Soares C, Leitão T, Sandul A, Garcia R, Silva RP, et al. Prostatectomia Radical Perineal: estudo de 23 casos. Acta Urológica. 2012;29(3):13-16.
7. Resnick MI. Radical perineal prostatectomy. BJU Int. 2003 Oct;92(6):522-3.
8. Harris MJ. Radical perineal prostatectomy: cost efficient, outcome effective, minimally invasive prostate cancer management. Eur Urol. 2003 Sep;44(3):303-8.
9. Sociedade Brasileira de Urologia. Guia de bolso. Diretrizes: Uma referência rápida para urologistas. Rio de Janeiro, 2017.
10. Tuğcu V, Akça O, Şimşek A, Yiğitbaşı İ, Yenice MG, Şahin S, et al. Robotic perineal radical prostatectomy and robotic pelvic lymph node dissection via a perineal approach: The Tuğcu Bakirkoy Technique. Turk J Urol. 2018 Mar;44(2):114-118.
11. Partin AW, Kattan MW, Subong EN, Walsh PC, Wojno KJ, Oesterling JE, et al. Combination of prostate-specific antigen, clinical stage, and Gleason score to predict pathological stage of localized prostate cancer. A multi-institutional update. JAMA. 1997 May 14;277(18):1445-51.
12. Ficarra V, Novara G, Artibani W, Cestari A, Galfano A, Graefen M, et al. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies. Eur Urol. 2009 May;55(5):1037-63.

## RECONSTRUÇÃO DA FACE EM CRIANÇA VÍTIMA DE MORDEDURA POR CÃO

Elon Saúde Caires<sup>1</sup>, Kézia Kerr de Souza<sup>2</sup>, Rosimara Moraes Bonfim<sup>3</sup>

1. Acadêmico do segundo período do curso de Medicina da Univale; Governador Valadares-MG; Brasil.

2. Acadêmica do segundo período do curso de Medicina da Univale; Governador Valadares-MG; Brasil.

3. Professora do curso de medicina da Univale; Membro titular da SBCP e cirurgiã especialista em cirurgia plástica; Governador Valadares-MG; Brasil.

Instituição em que o trabalho foi desenvolvido: Universidade Vale do Rio Doce (Univale)

Endereço institucional: Rua Israel Pinheiro, 2000, bairro universitário - Governador Valadares/MG

Autor correspondente: Elon Saúde Caires; E-mail: elonsaudecaires@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** Os acidentes caracterizam a grande causa de morbimortalidade, sendo as mordeduras por animais, sobretudo as caninas, as principais responsáveis por acidentes na infância.<sup>1</sup> Normalmente apresenta lesões graves e com grandes perdas que atingem frequentemente a face, especialmente as regiões do nariz, lábios, orelhas e bochecha.<sup>2,3</sup> Tais feridas são do tipo corto-contusas e tem risco de contaminação por bactérias e outros patógenos, além da possibilidade de transmissão da raiva, patologia que pode levar ao óbito.<sup>1,2</sup> Este estudo objetiva relatar um caso clínico de uma criança vítima de mordedura por cão que foi submetida ao tratamento cirúrgico de reconstrução da face. **DESCRIÇÃO DO CASO:** D. D. S., 2 anos e 10 meses, sexo feminino, deu entrada no pronto-socorro vítima de mordedura por cão da raça pitbull, apresentando perda de substância perioral á esquerda, plano total, abrangendo canto labial esquerdo superior e inferior até o filtro labial esquerdo e assoalho da narina esquerda, com avulsão de tecidos moles em região malar esquerda, lesões puntiformes em periorbital esquerdo e contusões em couro cabeludo, com lesões puntiformes parietais. Previamente hígida, vacinas em dia, hemoglobina 10mg/ml, tomografia computadorizada de crânio revelou ausência de fraturas ou hematomas. **DISCUSSÃO:** No centro cirúrgico foi realizada reconstrução de assoalho narinário esquerdo, retalhos de avanço na região malar com reconstrução de comissura labial á esquerda, do sulco gengivolabial e de músculo orbicular da boca. O tratamento da lesão palpebral e da língua foi feito por aproximação e lavagem das lesões puntiformes. Realizado hidratação venosa, imunização anti-rábica conforme protocolo, uso de Cefazolina e Metronidazol, reposição de sangue e acompanhamento pediátrico. No 7º dia pós-operatório apresentou edema facial, com boa função de contenção para saliva e líquidos, mastigação efetiva e preservada. Ao 9º mês pós-operatório apresentou bom posicionamento nasal e consolidação dos retalhos, com boa funcionalidade da cavidade oral e da comissura, sem dificuldades para se alimentar. **CONCLUSÕES:** A análise do caso permite concluir que mesmo em mordeduras a reconstrução pode ser feita, observando-se o devido cuidado com a profilaxia anti-rábica e prevenção das infecções. A técnica cirúrgica adequada deve ser rigorosamente observada devido á chance de infecções secundárias e riscos quanto á transmissão da raiva, aspectos cruciais na decisão de reconstrução.

**PALAVRAS-CHAVE:** Criança. Mordeduras e Picadas. Cães. Reconstrução da face. Cirurgia Geral.

### REFERÊNCIAS

1. Del Ciampo LA, Ricco RG, Almeida CA, Bonilha LR, Santos TC. Acidentes de mordeduras de cães na infância. Rev Saude Publica. 2000 Aug;34(4):411-2.
2. Porto GG, Souza BLM, Sampaio DO. Manejo de lesões por mordedura animal: relato de casos. Rev Cir Traumatol Buco-maxilo-fac. 2013;13(4): 39-44.
3. Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF Estudo prospectivo do fechamento primário das mordeduras caninas e humanas na face e no couro cabeludo. Rev Bras Cir Plást. 2006;21(1):23-29.

## RECONSTRUÇÃO DA FARINGE APÓS FARINGECTOMIA CIRCULAR – OPÇÃO PELO ENXERTO LIVRE

Bárbara Gonçalves Flor<sup>1</sup>, Ester Viana Carvalho<sup>1</sup>, Carolina Felipe Cotta<sup>1</sup>, Bárbara Cândida Alves Pereira de Arruda<sup>1</sup>, Monique Gonçalves Flor<sup>2</sup>, Orlando Barreto Zocratto<sup>3</sup>.

1. Acadêmicas do 8º período do curso de medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior – Univaço, Ipatinga-MG, Brasil.
2. Médica pelo Instituto Metropolitano de Ensino Superior – Univaço, Ipatinga-MG, Brasil.
3. Cirurgião de Cabeça e Pescoço; Professor de Anatomia, Técnicas Cirúrgicas e Clínica Cirúrgica I do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior – Univaço, Ipatinga-MG, Brasil; Professor Adjunto da Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro-Preto-MG, Brasil.

Trabalho desenvolvido no Instituto Metropolitano de Ensino Superior – Univaço, Ipatinga-MG, Brasil.

Autor correspondente: Bárbara Gonçalves Flor; e-mail: barbaragflor@gmail.com

Endereço Institucional: Rua João Patrício Araújo, 179, Veneza 1, Ipatinga- MG

**Introdução:** A reconstrução da faringe após a faringolaringectomia total apresenta como opção de reconstrução o enxerto livre vascularizado de alça jejunal. Para tal reconstrução se faz necessária a laparotomia além das complicações inerentes à anastomose jejuno-jejunal. Além disso, nem sempre se conta com a disponibilidade de uma equipe de microcirurgia para a reconstrução.<sup>1</sup> Outras reconstruções com microcirurgia são descritas como, parte do estômago, enxerto livre vascularizado do antebraço, porém tais opções esbarram no mesmo problema da equipe de microcirurgia.<sup>1,2</sup> Este trabalho mostra o uso do enxerto livre de pele aplicado à fáscia pré-vertebral, associado ao retalho do músculo peitoral maior para a reconstrução do trânsito. **Objetivo:** Relatar a experiência em quatro casos na reconstrução da faringe após laringectomia total associada à faringectomia circular. **Material e Métodos:** É um estudo do tipo observacional e prospectivo. Foram avaliadas a ocorrência de complicações pós-operatórias, o reestabelecimento da deglutição pela via oral e o tipo de alimento ingerido. **Resultados:** Quatro pacientes portadores de tumores primários de laringe com extensão para a hipofaringe submetidos à laringectomia total associada à ressecção completa da faringe (faringectomia circular) para retirada do tumor. Nenhum dos casos apresentava extensão para o esôfago. A reconstrução foi feita com a enxertia da fáscia pré-vertebral para a reconstituição da parede posterior da faringe e rotação do retalho do músculo peitoral maior para constituir a parede anterior da neofaringe. Todos os três casos evoluíram bem, sem intercorrências e sem complicações, com estabelecimento da deglutição por via oral, sem restrições à qualidade de alimentos ingeridos. **Conclusão:** O enxerto da fáscia pré-vertebral para a reconstituição da parede posterior da faringe pode ser uma opção válida para reconstrução de faringe diante de ressecções extensas. Ela tem como vantagem a simplicidade técnica para sua execução.

**Palavras-chave:** Faringectomia. Transplantes. Cirurgia Geral.

**Referências:**

1. Mattos LL, Kanda JL, Pinto FR, Waisberg J, Henriques AC. Faringocoloplastia como reconstrução tardia pós-faringolaringectomia total por carcinoma espinocelular de hipofaringe: relato de caso e revisão de literatura. *Arq Bras Ciencia Saúde (Santo André)*. 2009;34(2):108-12.
2. Meyer G, Silva GS, Sousa AA, Soares JMA, Salles JMP. Hypopharyngeal reconstruction using pectoralis major myocutaneous flap after total pharyngolaryngectomy. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*. 2010;39(4):290-292.
3. Pacheco MS, Goulart BNG, Almeida CPB. Tratamento do câncer de laringe: revisão da literatura publicada nos últimos dez anos. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1302-1318.

## RELATO DE CASO: ACOMETIMENTO PENIANO DA DOENÇA DE PAGET E UMA REVISÃO DA LITERATURA

Lorena Mattos<sup>1</sup>, Leticia Castro de Souza Rodrigues<sup>1</sup>, Barbara Oliveira Vieira<sup>1</sup>, Gabriela Gonçalves Campos<sup>1</sup>, Wagner Pablo Corrêa<sup>2</sup>.

1. Acadêmicas de Medicina do Centro Universitário de Caratinga - UNEC; Caratinga; Brasil. Centro Universitário de Caratinga - UNEC; Caratinga; Brasil.

2. Médico pela faculdade de Medicina do Vale do aço – Univaço, Residência Cirurgia Geral pelo Hospital Municipal Souza Aguiar – RJ, Residência Urologia pelo Hospital Evangélico de Belo Horizonte, Título de Especialista em Urologia pela Sociedade Brasileira de Urologia, Mestrando em Ciências Aplicada ao Câncer pela Faculdade de Ciências Médicas em Belo Horizonte, Professor de Cirurgia Geral do Centro Universitário de Caratinga – UNEC; Centro Universitário de Caratinga – UNEC; Caratinga; Brasil.

Instituição em que o trabalho foi desenvolvido: Centro Universitário de Caratinga – UNEC

Endereço institucional: Av. Moacir de Matos, 49 - Centro

Autor correspondente: Lorena Mattos; e-mail: lorenamattos1@hotmail.com

**Introdução:** A doença de Paget é classificada como mamária e extramamária. A doença extramamária de Paget é considerada um adenocarcinoma originado da pele ou dos apêndices cutâneos em áreas de glândulas sudoríparas apócrinas. Descrita pela primeira vez em 1889 por Radcliffe Crocker, em um paciente com câncer de bexiga que apresentou lesão eczematosa no pênis e escroto. Descrição de Caso: Paciente sexo masculino, 73 anos, branco, aposentado, casado, procurou o serviço de urologia do Hospital Evangélico de Belo Horizonte devido ao surgimento de uma lesão pruriginosa, hiperemiada, descamativa em região de corpo peniano. Foi conduzido em nosso serviço inicialmente como dermatite química e lesão fúngica, prescrito antimicótico oral, antialérgico oral e corticóide tópico de baixa potência. Voltando ao hospital, apresentava persistência da lesão e dos sintomas sem melhora evolutiva, foi então indicado biópsia da lesão em pênis. O material foi enviado para análise imunohistoquímica, onde o resultado mostrou proliferação intraepidérmica de células glandulares atípicas compatível com doença de Paget extramamária. Depois desse resultado o paciente foi devidamente orientado a cerca de sua doença e decidido por conduta cirúrgica. No momento encontra-se realizando exames pré-operatórios para o procedimento. Como conduta cirúrgica optamos por ressecção ampla, utilizando biópsia de congelação para obtermos segurança das margens e reconstrução imediata da região excisada. Discussão: A doença de Paget extramamária é rara, ocorrem mais comumente em pacientes idosos com idades entre 50 e 80 anos. A região perianal é o segundo local mais comum sendo essa região a que mais acomete os homens.<sup>1,3</sup> A doença de Paget no pênis surge como uma lesão plana eritematosa, com crescimento lento, possui bordas bem definidas e descamações finas.<sup>4,6</sup> O diagnóstico é clínico e deve ser confirmado pelo exame histopatológico.<sup>7</sup> A excisão cirúrgica com amplas margens e reconstrução imediata é uma opção cirúrgica de muitos cirurgiões.<sup>4,6</sup> Conclusão: Sempre devemos excluir presença de malignidade associada, seu tratamento é a ressecção com margens livre de doença e reconstrução imediata da área ressecada, entretanto as recidivas são frequentes, devendo fazer um acompanhamento prolongado. Devemos sempre lembrar dessa doença em pacientes com lesões eczematosas de difícil controle em região penoescrotal.

**Palavras-chave:** Doença de Paget Extramamária. Pênis. Adenocarcinoma. Eczema. Região penoescrotal.

### REFERÊNCIAS

- 1- Kanitakis J. Mammary e extramammary Paget's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007 May;21(5):581-90.
- 2- Moretto P, Nair VJ, Hallani SE, Malone S, Belanger E, Morash C, et al. Management of penoscrotal extramammary Paget disease: case series and review of the literature. *Curr Oncol.* 2013 Aug;20(4):e311-20.
- 3- Fanning J, Lambert HC, Hale TM, Morris PC, Schuerch C. Paget's disease of the vulva: prevalence of associated vulvar adenocarcinoma, invasive Paget's disease, and recurrence after surgical excision. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 Jan;180(1 Pt 1):24-7.
- 4- Lai YL, Yang WG, Tsay PK, Swei H, Chuang SS, Wen CJ. Penoscrotal extramammary Paget's disease: a review of 33 cases in a 20-year experience. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Sep 15;112(4):1017-23.
- 5- Zhu Y, Ye DW, Chen ZW, Zhang SL, Qin XJ. Frozen section-guided wide local excision in the treatment of penoscrotal extramammary Paget's disease. *BJU Int.* 2007 Dec;100(6):1282-7.
- 6- Yang Q, Yu L, Wang L, Gao L, Su M, Yang B, et al. Rotary mutiflaps for defect reconstruction in penoscrotal extramammary Paget's disease. *Urol Oncol.* 2008 Nov-Dec;26(6):600-3.
- 7- Guitera P, Scolyer RA, Gill M, Akita H, Arima M, Yokoyama Y, et al. Reflectance confocal microscopy for diagnosis of mammary and extramammary Paget's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2013 Jan;27(1):e24-9.

## RELATO DE CASO: GANGRENA DE FOURNIER SECUNDÁRIA À DOENÇA DE CROHN

Isabella Cardoso Mira Boy<sup>1</sup>, Gustavo Luccidi Xavier<sup>1</sup>, Lara Silveira Ventura<sup>1</sup>, Lucas Alves Peres<sup>1</sup>, Junea Garcia de Oliveira Ferrari<sup>2</sup>.

1. Acadêmicos de Medicina da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), Governador Valadares, MG, Brasil.

2. Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Especialista em Infectologia, professora do curso de Medicina da UNIVALE, Governador Valadares, MG, Brasil.

Instituição de desenvolvimento do trabalho: Universidade Vale do Rio Doce

Endereço institucional: Rua Israel Pinheiro, 2000, Bairro Universitário – Governador Valadares, MG, Brasil - CEP: 35020-220.

Autor correspondente: Isabella Cardoso Mira Boy; E-mail: isabellacmira@hotmail.com

**Introdução:** A Doença de Crohn (DC) é um processo inflamatório crônico transmural do trato gastrointestinal que pode acometer qualquer segmento do tubo digestivo. A forma fistulizante ocorre em 45,2% dos casos e pode evoluir para a formação de abscessos recorrentes. A gangrena de Fournier trata-se de uma fasciíte necrosante fulminante, polimicrobiana e de alta mortalidade, que atinge as regiões perineal, perianal, genital e abdominal, e pode ser uma complicação rara secundária à DC. **Descrição do caso:** W.S.P., sexo masculino, 22 anos, portador de fístula perianal há 4 anos, foi transferido de Guanhães para hospital privado de Governador Valadares com hipótese diagnóstica de abscesso perianal e gangrena de Fournier, confirmado por tomografia computadorizada de pelve e diagnóstico clínico. Ainda ao exame, presença de edema de bolsa escrotal, caquexia e anasarca. Paciente foi submetido, sob anestesia geral, a desbridamento de necrose em base de bolsa escrotal com colocação de dreno em fístula anoperianal e abertura de trajeto de fístula anal posterior direita com ressecção de plicomas. Devido infecção persistente por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), fez-se necessário novo desbridamento da necrose com retirada de tecido necrótico-purulento subdérmico. Durante a internação, iniciou-se terapia farmacológica com uso de Clindamicina, Ceftazidima, Daptomicina e Metronidazol. Suspeita de DC, confirmada por colonoscopia compatível à forma fistulizante, com extensão para todo cólon. **Discussão:** A gangrena de Fournier ocorre com maior frequência em indivíduos do sexo masculino em média de 50 anos. Entretanto, trata-se de um paciente jovem, não diagnosticado para DC, o que o predispôs ao quadro de caquexia e desnutrição, tornando-o mais susceptível a fasciíte necrotizante pelo estado de imunossupressão. O diagnóstico da patologia inflamatória intestinal tornou-se fundamental para o prognóstico do paciente, visto a importância do tratamento para DC a fim de evitar novas complicações. No caso exposto, o desbridamento cirúrgico imediato de todo o tecido necrótico, associado a antibioticoterapia de amplo espectro, se fez primordial para o controle da infecção. **Conclusões:** Apesar de raro, a DC pode ser a base para o desenvolvimento da gangrena de Fournier, sendo indispensável essa associação para a conduta adequada, bem como a intervenção cirúrgica emergencial, visando a contenção da necrose causada pelo processo infeccioso.

**Palavras-chave:** Gangrena de Fournier. Doença de Crohn. Fístula Retal.

**Referências bibliográficas:**

Cardoso JB, Féres O. Gangrena de Fournier. Medicina (Ribeirão Preto, Online) [Internet]. 30 Dez;40(4):493-9.

Dornelas MT, Correa MPD, Barra FML, Corrêa LD, Silva EC, Dornelas GV, et al. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(4):600-4.

Habr-Gama A, Cerski CTS, Moreira JPT, Caserta NMG, Oliveira Júnior O, Araújo SEA. Doença de Crohn intestinal: manejo. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(1):10-13.

## RELATO DE CASO: OBSTRUÇÃO INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL

Lara Silveira Ventura<sup>1</sup>, Ariana Pinheiro Caldas<sup>1</sup>, Isabella Cardoso Mira Boy<sup>1</sup>, Lucas Alves Peres<sup>1</sup>, Walthon Pereira Miranda Jr<sup>2</sup>.

1. Acadêmicos de Medicina da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), Governador Valadares, MG, Brasil.

2. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com residência médica em Cirurgia Geral e Cirurgia Pediátrica, pela Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor correspondente: Lara Silveira Ventura

E-mail: lara.sventura@icloud.com

**Introdução:** O divertículo ileal ou de Meckel refere-se a uma anomalia congênita do trato gastrointestinal, responsável pelo acometimento da região antimesentérica do íleo, podendo ser resultante do fechamento incompleto do ducto onfalomesentérico entre a 7ª e 8ª semana da gestação. Pode manifestar-se por meio de uma obstrução do intestino, associado também a volvo intestinal. **Descrição do caso:** E. S. Q. G., sexo masculino, 1 ano e 6 meses, iniciou quadro de vômitos, febre, parada de eliminação de fezes há 4 dias e redução significativa da diurese, evoluindo com distensão abdominal e irritabilidade. Exame em regular estado geral, abdome distendido, ruídos hidroaéreos reduzidos, sem defesa abdominal e sinal de Blumberg negativo. À radiografia, presença de nível hidroaéreo em quadrante superior esquerdo e ausência de ar no andar inferior do abdome e pelve. Foi realizada passagem de sonda nasogástrica com drenagem de secreção esverdeada e sonda vesical de demora com saída de aproximadamente 50 mililitros de diurese escura. Iniciou-se antibioticoterapia com Ceftriaxona e Metronidazol. Paciente com diagnóstico de abdome agudo obstrutivo foi submetido a laparotomia exploratória, identificando-se dilatação em alças de delgado devido a volvo intestinal e lesão apendicular em íleo com sinais flogísticos e pequena perfuração, sugestiva de divertículo de Meckel. Realizada ressecção da lesão e de segmento de íleo de aproximadamente 25 centímetros com aspecto de necrose isquêmica, seguida de anastomose primária término-terminal em dois planos. Paciente evoluiu de forma satisfatória. **Discussão:** O divertículo de Meckel é uma alteração congênita com prevalência de 2% da população, tendo curso assintomático em 3% dos casos. Na infância, o sangramento é a complicação mais frequente, enquanto em adultos, a obstrução. Apesar dos índices, no caso exposto, o lactente evoluiu com obstrução intestinal, volvo e necrose, sendo que as complicações pela anomalia ocorrem em apenas 0,03% dos casos, com taxas decrescentes conforme a idade. O tratamento cirúrgico imediato mediante a ressecção do segmento ileal necrosado foi primordial para evitar outras complicações e extensão do tecido necrótico. **Conclusões:** O diagnóstico de divertículo de Meckel é realizado de forma incidental ou devido ao surgimento de complicações associadas, sendo, nesses casos, a intervenção cirúrgica precoce primordial para redução dos índices de mortalidade por tais intercorrências.

**Palavras-chave:** Divertículo de Meckel. Obstrução intestinal. Volvo intestinal.

**Referências:**

1. Maciel LC, Salán F, Guisard G. Obstrução intestinal por volvo de ceco, relato de caso. Col. Bras. Cir. 2009; 36 (1):99-100
2. Maia DS, Ferreira-Júnior M, Viegas RG, Silva EEC, Oliveira PTV, Silva RCACA, et al. Obstrução intestinal por divertículo de Meckel. ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig. 2013; 26 (3): 244-5.
3. Silva PDV, Sá VHLC, Gerardi Filho VA, Godinho LT, Sanches F, Fernandez PM. Divertículo de Meckel. Arq Med Abc. 2005; (1): 53-6.



## RELATO DE CASO: PANCREATITE AGUDA BILIAR RECIDIVADA - COLECISTECTOMIA TARDIA AUMENTA PREDISPOSIÇÃO A NOVO EVENTO BILIAR?

Áquila Agnes Dutra<sup>1</sup>, Cássio de Castro Rocha<sup>1</sup>, Daniela Pimenta de Castro Fernandes<sup>1</sup>, Felipe Gonçalves Moreira<sup>2</sup>

1. Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado de Governador Valadares. Governador Valadares – MG. Brasil.  
2. Médico graduado no Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC, Colatina – ES. Cirurgião Geral pelo Hospital Municipal de Governador Valadares – HMGV. Governador Valadares – MG. Brasil.

Áquila Agnes Dutra E-mail: aquiladutra@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** A Pancreatite Aguda Biliar (PAB) é uma afecção inflamatória pancreática, em pacientes portadores de litíase biliar, após a migração e impactação de um ou mais cálculos no ducto biliar, ducto pancreático ou ambos.<sup>1</sup> Clinicamente manifesta-se com dor abdominal aguda, difusa ou localizada em andar superior do abdome, associada a náuseas e vômitos.<sup>2</sup> Além do tratamento clínico, a colecistectomia (CLC) nos casos de PAB leve a moderada é indicada para redução da recorrência do episódio ou novos eventos biliares (EB), como coledocolitíase ou colangite.<sup>3</sup> **RELATO:** A.L.S, 18 anos, sexo feminino, refere dor abdominal em pontadas de início em hipogástrio há 3 dias, posteriormente difusa, associada a febre, náuseas e vômitos. Nega etilismo. Internação hospitalar (IH) prévia há 1 mês devido à PAB, contudo, sem realização de CLC. Exame físico: abdome globoso, RHA diminuídos, flácido, doloroso à palpação profunda em andar superior do abdome. Leucócitos: 11.000 U/L, BAST: 0%, FA: 713 U/L, TGO: 1.304 U/L, TGP: 912 U/L, GGT: 672 U/L, Amilase: 4.277 U/L, Lipase: 12.012 U/L. USG abdominal: colelitíase associada à pancreatite difusa. Colangiorressonância: vesícula biliar pouco distendida com múltiplas microlitíases e discreto borramento da gordura subjacente ao pâncreas. Realizada antibioticoterapia por 5 dias, seguida por CLC por via aberta, sem intercorrências, após 7 dias de IH. **DISCUSSÃO:** Na PAB leve a moderada, a CLC realizada na primeira IH reduz o risco da recorrência de EB que levam à reinternação por PAB recorrente e outras complicações pancreático-móveis, sem aumento da dificuldade operatória ou morbidade perioperatória.<sup>3,4,5</sup> Como no caso clínico abordado, a literatura tem evidenciado baixa adesão às diretrizes atuais que indicam a CLC precoce. Na avaliação de bancos de dados, um estudo norte-americano identificou que 25.5% dos pacientes com PAB são submetidos a CLC.<sup>6</sup> Menos de 50% dos departamentos cirúrgicos dinamarqueses tem conduta em conformidade com a diretriz e apenas 56% dos beneficiários do Medicare são abordados com CLC na primeira IH.<sup>7,8</sup> A readmissão de pacientes com PAB não submetidos à CLC tem média de 18% em 6 semanas, aumentando a morbidade, as complicações e os gastos hospitalares.<sup>5</sup> **CONCLUSÃO:** Em conformidade com as referências encontradas, o relato ratifica que a não realização da CLC no primeiro episódio de PAB expõe o paciente a novos EB, novas IH com absenteísmo às suas atividades laborais e subsequente oneração ao sistema público.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pancreatite aguda. Pancreatite aguda biliar. Colelitíase. complicações de pancreatite.

### REFERÊNCIAS:

- 1 - Wang GJ, Gao CF, Wei D, Wang C, Ding SQ. Acute pancreatitis: Etiology and common pathogenesis. *World J Gastroenterol* 2009; 15(12): 1427-30
- 2 - Carroll Jk, Herrick B, Gipson T. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis, and treatment. *Am Fam Physician* 2007; 75:1513–20.
- 3 - Jee SL, Jarmir R, Lim KF, Raman K. Outcomes of early versus delayed cholecystectomy in patients with mild to moderate acute biliary pancreatitis: A randomized prospective study. *Asian Journal of Surgery* 2018; 41: 47-54.
- 4 - Costa DW, Bouwense SA, Schepers NJ, Besselink MG, Santvoort HCV, Brunschot SV, et al. Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO): a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet* 2015; 386:1261-8.
- 5 - Vege SS, DiMagno MJ, Forsmark CE, Martel M, Barkun AN. Initial Medical Treatment of Acute Pancreatitis: American Gastroenterological Association Institute Technical Review. *Gastroenterology* 2018; 154(4):1103–39.
- 6 - Costa DW, Schepers N, Romkens T, Boerma D, Bruno M, Bakker O, et al. Endoscopic sphincterotomy and cholecystectomy in acute biliary pancreatitis. *The Surgeon* 2016;14(2): 99-108.
- 7 - Jakobsen HL, Rosenberg J, Schulze S, Kristiansen VB. Treatment of gallstone pancreatitis in Denmark. *Ugeskr Laeger* 2005; 167: 2651–3.
- 8 - Trust MD, Sheffield KM, Boyd CA, Benarroch-Gampel J, Zhang D, Townsend Jr CM, et al. Gallstone pancreatitis in older patients: Are we operating enough?. *Surgery*, 2011; 150(3):515–25.

## RELATO DE CASO: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FRATURA DE DIÁFISE DE ÚMERO COM LESÃO DO NERVO RADIAL

Lílian Santos Belchior<sup>1</sup>, Lara Maruse do Monte Andrade<sup>1</sup>, Luana Dias Santiago<sup>1</sup>, Gustavo Contim Rodrigues<sup>2</sup>

1. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, Rua Israel Pinheiro, 2000- Bairro Universitário, Governador Valadares, MG, Brasil.

2. Residente no 2º ano de ortopedia e traumatologia do IPSEMG - Hospital Governador Israel Pinheiro - Belo Horizonte, Brasil.

Instituição em que o trabalho foi desenvolvido: Universidade do Vale do Rio Doce,

Endereço institucional: Rua Israel Pinheiro, 2000-Bairro Universitário, Governador Valadares, MG, Brasil.

Autor correspondente: Lílian Santos Belchior - E-mail: liliansbelchior@gmail.com.

**INTRODUÇÃO:** A fratura de diáfise do úmero (FDU) corresponde cerca de 3% de todas as lesões ortopédicas do sistema locomotor, e associada a lesão do nervo radial é ainda mais incomum, ocorrendo em cerca de 11 a 18% dos casos e podendo levar a uma série de incapacitações severas ao indivíduo como a inabilidade para estender o punho, perda da extensão dos dedos nas articulações metacarpofalangeanas e inabilidade de estender e abduzir o polegar, ocasionando o “punho caído”. O tratamento é na sua maioria realizado por métodos não cirúrgicos, sendo necessário a identificação de possível lesão nervosa para a propedêutica. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente, sexo masculino, 24 anos, apresentou-se no Hospital Governador Israel Pinheiro no dia 03/10/19 em Belo Horizonte com quadro de dor, deformidade e incapacidade, em membro superior esquerdo, consequente a acidente automobilístico. Ao raio-x foi constatado FDU em MSE e ao exame físico apresentou pulso perfusão preservada e déficit do nervo radial. Foi realizado então o tratamento cirúrgico via anterolateral. Não houve intercorrências e o paciente evoluiu bem e com alta em sete dias e recuperação total do nervo radial após 5 meses. **DISCUSSÃO:** Neste caso, a via de abordagem ministrada é anterolateral. O procedimento inicia-se na porção distal realizando a dissecação entre o músculo braquial medialmente e o braquiorradial lateralmente, porém nesse local o nervo radial abraça a porção lateral do úmero distal e deve ser dissecado e isolado. Uma complicação comum por fratura de úmero é a paralisia do nervo radial sendo que é classificada em neuropraxia, quando há lesão leve com perda motora e sensitiva, axonotese, perda de continuidade axonal e subsequente degeneração Walleriana do segmento distal, neurotome, separação completa do nervo com desorganização do axônio. Contudo, a maioria das lesões é a neuropraxia que possui recuperação espontânea, assim apenas deve-se acompanhar, com a eletromiografia após 3 semanas da lesão e avaliar a regeneração nervosa com velocidade 1 polegada por mês, considerando que na ausência de atividade nervosa dentro de 4 meses, é indicada a exploração cirúrgica do nervo, seguida pela reconstrução. **CONCLUSÃO:** Por se tratar de uma fratura associada a lesão de nervo, que impacta de forma significativa a vida do indivíduo, em que a cirurgia se fez necessária, o caso relatado torna-se relevante para estudo assim como o aperfeiçoamento na identificação precoce da lesão antes do surgimento das sequelas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Fraturas do Úmero. Neuropatia Radial. Relato de caso. Ortopedia.

### REFERÊNCIAS:

- 1-Alencar Neto JB, Cavalcante MLC, Garrido RJ, Rocha PHM. Fratura da diáfise de úmero associada a luxação de cotovelo e fratura do terço distal do antebraço: relato de caso. Rev Bras Ortop [Internet]. 2019 Fev;54(1):73-77. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0102361617302825>.
- 2-Brito JS, Henriques R, Arvela J, Sarmento M, Martins S. Tratamento Cirúrgico de Fraturas Distais Complexas do Úmero por Abordagem Transolecraniana. Rev Port Ortop Traum [Internet]. 2016 Mar;24(1):5-16. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpot/v24n1/v24n1a02.pdf>
- 3-Batista KT, Araújo HJ, Araújo EA. Resultados do reparo cirúrgico tardio das lesões traumáticas do nervo radial. Rev Bras Cir Plást [Internet]. 2010 Sep;25(3):458-464. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v25n3/v25n3a10>
- 4-Folberg CR, Ulson HJR, Scheidt RB. Estudo morfológico do ramo superficial do nervo radial. Rev. bras. ortop. [Internet]. 2009 Feb;44(1):69-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v44n1/v44n1a11.pdf>
- 5-Gonçalves FF, Dau L, Grassi CA, Palauro FR, Martins Neto AA, Pereira PCG. Avaliação das fraturas diafisárias do úmero tratadas cirurgicamente e comparação entre os métodos de fixação cirúrgica. Rev Bras Ortop [Internet]. 2018 Abr;53(2):136-141. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbort/v53n2/pt\\_1982-4378-rbort-53-02-0136.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbort/v53n2/pt_1982-4378-rbort-53-02-0136.pdf)
- 6-Krueger-Beck EK, Scheeren EM, Nogueira Neto GN, Nohama P. Campos elétricos e magnéticos aplicados à regeneração nervosa periférica. Rev Neurocienc [Internet]. 2011 Maio;19(2):314-28. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8383/5917>
- 7- Ricci FPFM, Barbosa RI, Elui VMC, Barbieri CH, Mazzer N, Fonseca MCR. Lesão do nervo radial associada à fratura da diáfise do úmero: um estudo retrospectivo. Acta Ortopédica Brasileira [Internet]. 2015;23(1):19-21. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65738325003>
- 8-Ruchelli LS, Allende Nores CA, Gutiérrez Olivera N, Capomassi MA, Gardenal MR. Osteosíntese percutânea minimamente invasiva lateral em fraturas de úmero. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol [Internet]. 2016 Sep;81(3):213-218. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/raaot/v81n3/v81n3a08.pdf>.

## RELATO DE CASO: UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE LAZÁRO DA SILVA MODIFICADA NA CORREÇÃO DE HÉRNIA INCISIONAL VOLUMOSA

Aline do Carmo Rosa<sup>1</sup>, Carolina Guimarães Caetano<sup>2</sup>, Marina Lacerda Marques<sup>2</sup>, Rafael Brum Gusmão<sup>3</sup>, Kennedy Santos Fonseca<sup>4</sup>.

1. Discente de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.
2. Discente de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.
3. Médico Neurologista do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (HRBJA) – Rede FHEMIG, Barbacena, Brasil.
4. Residente de Cirurgia Geral do Hospital Municipal de Governador Valadares (HMGV), Governador Valadares, Brasil.

Autor correspondente: Aline do Carmo Rosa

E-mail: alirosaf@live.com

**INTRODUÇÃO:** A hérnia incisional ou eventração é definida como a protusão do conteúdo do abdome através de um ponto da parede que se encontra enfraquecido pela cicatriz de uma cirurgia anterior. Ocorrem como resultado de tensão excessiva e cicatrização inadequada. Os principais fatores predisponentes a esta afecção são a desnutrição, a obesidade, diabetes, cardiopatias, entre outros.<sup>1,4</sup> A técnica de Lázaro da Silva, consagrada no meio cirúrgico, consiste na utilização do saco herniário na correção da hérnia.<sup>2</sup> **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente do sexo masculino, 63 anos, portador de ileostomia, chega com grande abaulamento em abdome, associado a dor abdominal difusa que piora aos esforços físicos. Refere início do quadro há 5 meses, após apendicectomia complicada com colectomia parcial à direita e confecção de ileostomia. O exame físico evidenciou abdome doloroso a palpação profunda, com hérnia incisional de grande volume e extensão, com manobra de Valsalva positiva. A TC abdominal evidenciou volumosa diástase do reto abdominal e pequenos divertículos em alças colônicas. Constatou-se a hipótese de hérnias incisional, umbilical e epigástrica. A abordagem do paciente após preparo do cólon foi uma laparotomia com exérese cirúrgica da cicatriz anterior, lise de bridas e aderências, enterectomia segmentar com exérese da ileostomia, colectomia parcial de cólon transverso e enteroanastomose látero-lateral. Para correção da hérnia incisional utilizou-se a técnica de Lázaro da Silva modificando-a com colocação de tela de polipropileno. Foi realizada também a correção da diástase abdominal. O paciente foi encaminhado a UTI onde evoluiu no primeiro dia com aumento da pressão intra-abdominal e dispneia, corrigidos com medidas clínicas e o uso de ventilação não invasiva. No quarto dia obteve melhora clínica e seguiu o tratamento na enfermaria. **DISCUSSÃO:** A utilização da tela de propileno tem sido cada vez mais difundida pois esta tem mostrado segura e oferecido vantagens, como a facilidade de obtenção e manuseio, boa tolerância e redução das recidivas.<sup>3,4</sup> Já a técnica de Lázaro, é reconhecida por gerar menor tensão abdominal, menores taxas de recidiva e de complicações.<sup>2</sup> **CONCLUSÃO:** A associação dessas duas técnicas de correção da hérnia incisional, a utilização do saco herniário e da tela de propileno, ainda não foi descrita na literatura. No caso, mostrou-se benéfica ao paciente já que não foi relacionada a nenhuma complicação e garantiu menor chance de recidiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** Técnica de Lázaro da Silva. Hérnia Incisional Volumosa. Tela de polipropileno.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ramos FZ, Signore FL, Ribas-Filho JM, Thiele ES, Dobrowolski S, Salles Jr GS, et al. Epidemiological profile of patients with incisional hernias. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2007;20(4):230-3
2. Laizo A, Terzella MR, Rinco EAB, Silva AL. Técnica operatória na correção da hérnia inguinal utilizando o saco herniário como reforço da parede. *Revista Portuguesa de Cirurgia.* 2015; 33(2):22-4.
3. Peres MAO, Aguiar HR, Andreollo NA. Tratamento cirúrgico da hérnia incisional subcostal com tela de polipropileno – análise de resultados tardios. *Rev Col Bras Cir.* 2014;41(2).
4. Townsend CD, Beuchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston: Tratado de Cirurgia, A Base da Prática Cirúrgica Moderna. 18ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

## RELATO DE CASO: VOLVO DE CÓLON DIREITO

Catharina Ferrari Salgado Fernandes<sup>1</sup>, Lucas de Oliveira Ramos<sup>2</sup>, Letícia Silveira Naglis<sup>2</sup>

Anna Luísa Aguiar Guimarães<sup>1</sup>, Joaquim Ferreira de Paula<sup>3</sup>

1 - Acadêmico da Faculdade de Medicina de Valença. Valença – RJ, Brasil.

2 - Residente do serviço de Cirurgia Geral do Hospital Escola de Valença. Valença – RJ, Brasil.

3 - Professor de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina de Valença. Valença – RJ, Brasil.

Autor correspondente: Catharina Ferrari Salgado Fernandes

E-mail: catharinaferrari@outlook.com

**INTRODUÇÃO:** Volvo de cólon é uma das principais causas de obstrução intestinal, porém o de cólon direito é responsável por apenas 1-2% dos casos.<sup>1,2</sup> É caracterizado por torção axial envolvendo ceco, íleo terminal e cólon ascendente sobre seus respectivos mesos<sup>3,4</sup>, gerando obstrução<sup>5</sup>. A clínica é dor, distensão abdominal, náuseas, vômitos e hipertimpanismo.<sup>3</sup> **DESCRIÇÃO DO CASO:** Mulher, 39 anos, com Síndrome de Rett e epilepsia, em uso de carbamazepina, veio ao Pronto Socorro com dor e distensão abdominal, ausência de flatos e fezes e anorexia há 4 dias. Tomografia Computadorizada (TC) de abdome: distensão líquida-gasosa; nível hidroaéreo na câmara gástrica, intestino delgado, maior nos cólons, atingindo calibre de 82mm no transversos; terço distal do sigmoide e reto de calibre preservado, mas vazios, sugerindo obstrução. 13700 leucócitos. Tratamento conservador sem sucesso. Feita laparotomia exploradora no dia seguinte, cujo achado: torção anti-horária do mesocólon de todo o cólon direito até ângulo esplênico, com distensão importante e isquemia dos cólons que não se fixavam à parede posterior do abdome, e não havia o omento gastrocólico; moderado líquido hemopurulento; alças de delgado pouco distendidas. Feita colectomia direita ampliada com ileostomia terminal. Laudo histopatológico: 5cm de íleo e ceco + cólon ascendente medindo 68cm com mucosa lisa e vinhosa; paredes firme-elásticas com luz virtual; intestino com isquemia e atrofia; apêndice obliterado, com neoformação vascular; sem malignidade. Realizou 22 dias de pós-operatório em UTI, cursando com pneumonia nosocomial, migrando para enfermaria por 3 dias, recebendo alta. **DISCUSSÃO:** Má-rotação intestinal em adultos é assintomática em sua maioria; quando sintomática, é aguda – como no caso em questão, cursando com dor, vômitos, isquemia e até necrose de alças – ou crônica.<sup>6</sup> Investigou-se possíveis correlações anatômicas com o diagnóstico Síndrome de Rett, mas tal fato não configurou-se. Mesmo TC de abdome sendo um excelente exame, na maioria dos casos agudos o diagnóstico é via laparotomia.<sup>7</sup> Tratamento pode ser feito com desvolvulação e fixação, se não houver isquemia, necrose ou perfuração – se houver, é necessária ressecção da área afetada, com confecção de anastomose ou ileostomia primária.<sup>8</sup> **CONCLUSÃO:** Volvo agudo e extenso de cólon direito com presença de necrose em paciente portadora de alterações motoras e intelectuais, que mesmo realizada TC, diagnóstico definitivo só foi confirmando em cirurgia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Volvo. Obstrução intestinal. Síndrome de Rett.

### REFERÊNCIAS

1. Batista TP, Rolim JC, Gomes AA, Carvalho WL, Santos RJ. Cecum volvulus complicated by septic jaundice. *Rev Col Bras Cir.* 2010; 37(6):460-2.
2. Ballantyne GH, Brandner MD, Beart RW Jr, Ilstrup DM. Volvulus of the colon. Incidence and mortality. *Ann Surg.* 1985; 202(1):83-92.
3. Leal Mursulí A, Adefna Pérez RI, Ramos Díaz N, Castellanos González Juan A, Martínez Acosta U, Izquierdo Lara FT. Malrotación intestinal asociada a vólvulo del ciego: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cubana Cir.* 2002; 41(4).
4. Consorti ET, Liu TH. Diagnosis and treatment of caecal volvulus. *Postgraduate medical journal.* 2005; 81(962):772-6.
5. Moore CJ, Corl FM, Fishman EK. CT of cecal volvulus: unraveling the image. *AJR Am J Roentgenol.* 2001; 177(1):95-8.
6. Kapfer SA, Rappold JE. Intestinal malrotation—not just the pediatric surgeon's problem. *J Am Coll Surg.* 2004; 199:628–35.
7. Jayathillake A, Shields MA. Malrotation with volvulus: a rare cause of acute bowel obstruction in na adult. *ANZ J Surg.* 2005; 75(9):831-3.
8. Maciel LC, Salán FO, Guisard GC. Obstructions intestinal for cecal volvulus, report case. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2009; 36(1): 99-100.

## RELEVÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DA APENDICITE EM IDOSOS- RELATO DE CASO

Luana Barbosa Sansão<sup>1</sup>, Bianca Sarria<sup>1</sup>, Felipe Gonçalves Moreira<sup>2</sup>, Mateus Mariano de Magalhães Barbaló<sup>3</sup>, Hana Jermani Coelho<sup>3</sup>.

1- Graduanda do Curso de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado Governador Valadares (UFJF-GV). Governador Valadares. Brasil.

2- Médico Cirurgião Geral no Hospital Municipal de Governador Valadares. Governador Valadares. Brasil.

3- Médico Residente de Cirurgia geral no Hospital Municipal de Governador Valadares. Governador Valadares. Brasil.

Autor correspondente: Luana Barbosa Sansão

E-mail: lubarbosa2007@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** Apendicite aguda constitui a causa mais frequente de abdome agudo cirúrgico, com predomínio em homens entre 10 e 30 anos.<sup>1</sup> O diagnóstico e tratamento precoce são essenciais para minimizar morbidades, sendo a apendicectomia a escolha terapêutica.<sup>2</sup> Em alguns pacientes, como idosos, as manifestações clínicas podem ser atípicas, dificultando o diagnóstico.<sup>3</sup> **CASO CLÍNICO:** A.A.D, masculino, 85 anos, hipertenso e diabético, admitido no Hospital Municipal de Governador Valadares com queixa de dor abdominal há 15 dias intensificada há 8, associada a parada de eliminação de flatos e evacuações, hiporexia e febre. Negava outros sintomas. Referia ainda perda ponderal de 12kg nos últimos 2 meses. Ao exame: bom estado geral, eucárdico, eupneico e afebril. Abdome flácido, sem sinais de peritonite, doloroso à palpação em fossa ilíaca direita. Presença de massa palpável na região, Blumberg negativo. Toque retal sem alterações. À USG de abdome, massa heterogênea em fossa ilíaca direita, com conteúdo líquido adjacente, interrogando apendicite. Avertada também a hipótese de câncer de cólon, solicitada tomografia computadorizada de abdome total com contraste venoso que confirmou apendicite. Laboratório: Leucócitos 15.400/mm<sup>3</sup>, PCR 178,1. Encaminhado ao bloco cirúrgico, submetido à laparotomia mediana trans e infraumbilical, presença de abscesso bloqueado em fossa ilíaca direita, apêndice necrosado e área de necrose extensa em ceco, com extravasamento de conteúdo entérico. Realizada ileocelectomia direita parcial com anastomose latero-lateral. Feita antibioticoprofilaxia. Com boa evolução no pós-operatório, alta hospitalar no 9º dia de internação. **DISCUSSÃO:** O erro diagnóstico de apendicite em idosos não é incomum. Apesar da baixa incidência, a doença se torna relevante devido a alta morbimortalidade nesta faixa etária, com maior número de complicações. Do ponto de vista técnico, é mais frequente a incisão mediana, revelando maior dúvida diagnóstica. Além disso, o tempo transcorrido entre admissão e ato cirúrgico também é maior. Dessa forma, o diagnóstico em tempo hábil visa minimizar complicações, que já são mais prevalentes nessa faixa etária.<sup>4,5</sup> **CONCLUSÃO:** Os pacientes idosos com apendicite aguda em geral são tratados em fase mais tardia, cursando com uso mais frequente da laparotomia mediana, aumento da morbidade e tempo de internação. Diante disso, fica claro a importância de se aventar a hipótese diagnóstica de apendicite nos casos de abdome agudo em idosos.<sup>4,5</sup>

**PALAVRAS-CHAVE:** Abdome agudo. Apendicite aguda. Apendicectomia. Idosos.

Referências Bibliográficas

1. Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the millennium. *Radiology* 2000; 215:337–48.

2. Hardin Jr DM. Acute appendicitis: review and update. *Am Fam Physician*. 1999; 60(7):2027-34

3. Freitas RG, Pitombo MB, Maya MCA, Leal PRF. Apendicite aguda. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2009;8(1):38-51

4. Rocha AMW, Trevisan JA, Oliveira FS, Mattos HC, Silva AR, Silva MCGB. Age influence in hospital stay length and acute appendicitis evolution grade. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2006; 33(5):294-7.

5. Brenner Antonio Sérgio, Santin Juliana, Virmond Neto Frederico, Boursheid Tania, Valarini Rubens, Rydygier Ricardo. Apendicectomia em pacientes com idade superior a 40 anos: análise dos resultados de 217 casos. *Rev bras. colo-proctol.* 2006 ;26(2): 128-32.

## RETALHO DELTOPEITORAL PARA RECONSTRUÇÃO DE REGIÃO MENTONIANA RELATO DE CASO

Bruno Pereira Marques<sup>1</sup>, Vitor Oliveira Alves<sup>2</sup>, Amanda Barros Silva<sup>3</sup>, Marcela Lima Sucupira<sup>4</sup>, Isaías Vieira Cabral<sup>5</sup>

1. Acadêmico de Medicina pela Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), Governador Valadares - Brasil.

2. Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares (UFJF-GV), Governador Valadares - Brasil.

3. Acadêmica de Medicina pelo Centro Universitário do Espírito Santo, Colatina - Brasil

Orientador, Docente da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), especialista em cirurgia plástica.

Autor correspondente: Bruno Pereira Marques

Email: bruno.marquessgv@gmail.com

**Introdução:** O retalho é uma técnica usada por cirurgiões para preenchimento de feridas cirúrgicas em que o segmento de pele usado mantém a vascularização e é conectado à sua origem por um pedículo vascular. O retalho deltopeitoral (RDP) é um retalho fasciocutâneo colhido na região superior do tórax, atualmente é muito utilizado para reconstrução faringoesofágica e traqueal após ressecção de tumor ou radiação. O carcinoma basocelular (CBC) é o câncer mais prevalente no Brasil, possui forte relação com a exposição solar e principal fator de risco associado é a mutação genética, o CBC se apresenta principalmente em áreas onde há maior exposição à radiação ultravioleta, como: face, orelhas, pescoço, couro cabeludo e ombros. Possui alta incidência em regiões tropicais, em adultos com mais de 40 anos e caucasianos, sendo muito associado a trabalhadores rurais. O CBC apresenta baixa letalidade, mas uma alta morbidade, sendo seu diagnóstico e tratamento precoce de suma importância. **Descrição do caso:** JDSF, masculino, 74 anos, pardo, residente de zona rural, lavrador. O paciente apresentava um "machucado no queixo" e exame histopatológico diagnosticando CBC. Durante a anamnese, paciente afirma que essa lesão evoluiu a cerca de 3 anos, com aumento de tamanho. Lesão localizada no mento, 6x3cm, friável, de aspecto nodular-ulcerado, margens elevadas com tons perolados. Apesar de negar etilismo, é tabagista (5 cigarros artesanais/dia, não sabe precisar tempo), afirma exposição solar excessiva e nega tratamentos neoplásicos prévios. Irmã portadora de CBC. A cirurgia de ressecção foi indicada no mês de maio e realizada em setembro. Evoluiu de forma satisfatória e no mês de outubro, o paciente apresentou biópsia informando margens livres e aguarda liberação de internação hospitalar para retirada do pedículo e enxerto das feridas ainda abertas. **Discussão:** A cor e textura da pele da região deltopeitoral, associada a confiabilidade e simplicidade da técnica descrita na literatura, a torna adequado para reconstrução facial. Para realização e viabilidade desse retalho foi traçado margem de orientação sobre os 3 primeiros espaços intercostais até 4 cm após o sulco deltopeitoral, dissecando a pele e o subcutâneo e preservando o músculo. Dessa forma o retalho teria as artérias mamárias internas para nutrir a ferida cirúrgica. **Conclusões:** Apesar de sua principal aplicação ser a reconstrução faringoesofágica, este caso mostra a viabilidade da utilização do RDP na reconstrução facial.

**Palavras-chave:** Retalho Deltopeitoral. Carcinoma Basocelular. Reconstrução Facial.

### REFERÊNCIAS

1. Bey E, Hautier A, Pradier JP, Duhamel P. Is the deltopectoral flap born again? Role in postburn head and neck reconstruction. *Burns*. 2009; 35 (1); 123-9.
2. Riedel F, Reinhart Goessler U, Grupp S, Bran G, Hörmann K, Verse T. Management of radiation-induced tracheocutaneous tissue defects by transplantation of an ear cartilage graft and deltopectoral flap. *Auris nasus larynx*. 2006; 33 (1); 79-84.
3. Song B, Zhao J, Guo S, Yi C, Liu C, He L, et al. Repair of facial scars by the free expanded deltopectoral flap. *Plast Reconstr Surg*. 2013;131(2):200e-8e
4. Sasaki K, Nozaki M, Honda T, Morioka K, Kikuchi Y, Huang T. Deltopectoral skin flap as a free skin flap revisited: further refinement in flap design, fabrication, and clinical usage. *Plast Reconstr Surg*. 2001;107(5):1134-41.
5. Chinem VP, Miot HA. Epidemiologia do carcinoma basocelular. *Anais brasileiros de dermatologia*. 2011; 86 (2): 292-305.
6. Bariani RL, Nahas FX, Barbosa MVJ, Farah AB, Ferreira LM. Basal cell carcinoma: an updated epidemiological and therapeutically profile of an urban population. *Acta cirurgica brasileira*. 2006; 21 (2); 66-73.
7. Broetto J, Freitas JOG, Sperli AE, Soh SW, Richter CA, Toni RA. Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, 2012; 27(4):527-30



## SANGRAMENTO RECORRENTE APÓS NEFROLITOTRIPSIA PERCUTÂNEA – RELATO DE CASO

Paula Alvim de Assis<sup>1</sup>, Enzo Silva Araújo Corrêa<sup>1</sup>, Henrique Gomes Rocha Peixoto<sup>1</sup>, Núbia Rocha Queiroz<sup>1</sup>, Marcone Magalhães Filho<sup>2</sup>.

1. Acadêmico de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.

2. Médico Urologista. Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.

Autor correspondente: Paula Alvim de Assis

E-mail: paulaalvimassis@hotmail.com

**Introdução:** A Nefrolitotripsia Percutânea é padrão-ouro para retirada de cálculos renais maiores que 2 cm. Contudo, possui várias complicações, sendo o sangramento intraoperatório a mais frequente, variando entre 1,4% a 17,5%.<sup>1</sup> **Descrição do caso:** J.M.S., sexo masculino, 57 anos. Procurou atendimento urológico em Governador Valadares devido a história de dor lombar bilateral recorrente de forte intensidade, limitante, com irradiação para região escrotal. Foram realizados exames de imagem, que revelaram presença de litíase renal bilateral. Foi encaminhado ao Hospital Bom Samaritano onde foi submetido à nefrolitotripsia percutânea à direita, com nefrostomia e cateter duplo J. Seis dias após alta hospitalar, procurou novamente atendimento médico com quadro de hematúria macroscópica, dor lombar e pélvica. Acabou evoluindo com retenção urinária, e foi realizado cateterismo uretral, com saída de 900 ml de urina hematúrica. Após seis dias, apresentou novo episódio de hematúria volumosa, com queda do hematócrito (25%) e da hemoglobina (8.9 g/dL). Foi encaminhado com urgência ao bloco cirúrgico, devido a quadro de choque, com possível sangramento de sítio cirúrgico. Foi submetido à lombotomia exploradora para retirada de coágulo, bem como a múltiplas suturas no polo inferior do rim, até controle e hemostasia. No dia seguinte, evoluiu com novo episódio de sangramento e retornou ao centro cirúrgico para lombotomia e nefrectomia total de urgência. Ficou ainda internado por um período de cerca de um mês, devido a complicações como diarreia, desnutrição e infecção da ferida operatória, necessitando de debridamento e de lavagem peritoneal. Posteriormente, com melhora do quadro, recebeu alta. **Discussão:** A nefrolitotripsia percutânea vem ganhando destaque pela sua segurança e eficácia na remoção de cálculos acima de 2 cm, apesar de ser um procedimento custoso e tecnicamente difícil<sup>1</sup>. Porém, como visto, em alguns poucos pacientes a complicação de sangramento persistente pode ocorrer, e o cirurgião deve estar apto a reconhecer os casos de risco e estabilizá-los, caso isso se faça necessário. **Conclusão:** O sangramento é uma complicação relacionada ao número de punções, ao volume dos cálculos e ao diâmetro do material cirúrgico usado.<sup>2</sup> Cabe ao cirurgião vigilância para esse acontecimento, que se trata de um quadro potencialmente fatal.

**Palavras-chave:** Nefrolitotripsia. Nefrolitíase. Hematúria.

**Referências**

1. Mazzucchi E, Srougi M. O que há de novo no diagnóstico e tratamento da litíase urinária?. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(6): 723-8.
2. Netto JNR, Toledo FJS, Leitão VA. Nefrolitotripsia Percutânea. Projeto diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina [Internet]. 2006 [acesso em 2019 out 4]. Disponível em: <[https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/nefrolitotripsia-percutanea.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/nefrolitotripsia-percutanea.pdf)>

## SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL, 2008-JULHO/2019: REGIÕES, INTERNAÇÕES, ÓBITOS E GASTOS HOSPITALARES VINCULADOS À GASTROPLASTIA COM DERIVAÇÃO INTESTINAL

Luana Dias Santiago<sup>1</sup>, Sabrina Gardênia Martins Berto<sup>1</sup>, Thássia de Sousa Barreto<sup>1</sup>, Leonardo Guimaraes Nominato<sup>2</sup>

1. Discentes do curso de Medicina da Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE, Governador Valadares, Brasil.

2. Docente do Curso de Medicina do Módulo Anestesiologia da Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE, Governador Valadares, Brasil.

Autor correspondente: Luana Dias Santiago

E-mail: luanadiassantiago@hotmail.com.

**INTRODUÇÃO:** O Bypass Gástrico ou Gastroplastia com Derivação Intestinal em Y de Roux (GDYR) é uma técnica cirúrgica que confere efeitos restritivos, disabsortivos e metabólicos ao paciente. Consiste na identificação do ângulo duodenojejunal e a partir dele determina-se os pontos de anastomose para a construção de um reservatório gástrico menor e da alça biliopancreática. No Brasil, mais de 50% da população está em sobrepeso ou obesidade, culminando no aumento considerável do número de gastroplastias, que desde 1999, faz parte da cobertura de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir disso, evidencia-se a importância da epidemiologia como instrumento de avaliação do cenário da Saúde Pública brasileira. **OBJETIVO:** Analisar a situação epidemiológica da Gastroplastia com derivação intestinal no Brasil e correlacionar as informações com o contexto atual. **METODOLOGIA:** Estudo ecológico, descritivo e de recorte transversal com dados secundários disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS) relacionado a procedimentos hospitalares do SUS com enfoque na Gastroplastia com derivação intestinal, no período de 2008 a Julho de 2019. As variáveis foram região, ano, tempo de internações, taxa de mortalidade e gastos hospitalares. **RESULTADOS:** Ocorreram 76.844 internações, as quais 45.192(58,8%) foram da Região Sul do Brasil, mais prevalente no Estado do Paraná 38.721 (85,7%), 25.404 (33%) na Região Sudeste, maior no Estado de São Paulo 16.758 (66%), e o menor número de internações foi na Região Norte com 648 (1,43%) casos. Dentre as hospitalizações houve 151 óbitos com taxa de mortalidade média igual a 0,20% e média de permanência da internação de 3,7 dias. Quanto aos custos hospitalares totalizaram-se R\$ 327.235.093,86, com aumento gradual do valor ao longo dos anos em função do aumento de internações que em 2008 era de 2.963(3,9%), elevando para 5.748 (7,5%) em 2012, 8.423 (11%) em 2016, 10.610 (13,8%) em 2018, e em 6 meses de 2019 já se somaram 6.585 (8,5%) internações. **CONCLUSÃO:** A gastroplastia com Derivação Intestinal, é uma técnica aprimorada e segura, o que justifica sua baixa taxa de mortalidade. Compreende 25,3% do total de gastos dos procedimentos públicos realizados, número alto devido ao aumento da obesidade no país. Estatisticamente, o maior número de obesos concentra-se em centros desenvolvidos, onde há adesão ao estilo de vida sedentário em função da nova esfera de trabalho, além de hábitos dietéticos inadequados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gastroplastia com derivação intestinal. Epidemiologia. Brasil. Obesidade. Gastroplastia SUS.

### REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP
2. Ministério da Saúde do Brasil. Sistema de Informações Hospitalares Do SUS (SIH/ SUS) [Internet]. Procedimentos Hospitalares no SUS. Brasil. [Citado em 26 set 2019]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>>
3. Carvalho AS, Santos RR. Cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde no período 2010-2016: estudo descritivo das hospitalizações no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2019; 28(1): e2018260.
4. Nassif Pan, Malafaia O, Ribas-Filho JM, Czezczko NG, Garcia RF, Ariede BL. Gastrectomia vertical e bypass gástrico em Y-de-Roux induzem doença do refluxo gastroesofágico no pós-operatório?. *ABCD, arq. bras. cir. dig.* 2014; 27(1): 63-8.
5. Rocha QS et al Perda Ponderal após Gastroplastia em Y de Roux - Importância do Acompanhamento Nutricional – Uma Revisão de Literatura - *Com. Ciências Saúde.* 2011; 22(1):61-70.
6. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, Burlandy L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública.* 2017; 33(7): e00006016.
7. Wanderley EN, Ferreira VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010;15( 1 ): 185-94.
8. Lamounier JA, Parizzi MR. Obesidade e saúde pública. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(6): 1497-9.

## TÉCNICA DE BARKER – ABORDANDO A SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL COM POUCOS RECURSOS – RELATO DE CASO

André Avellino Segantini de Matos<sup>1</sup>, Elisa Chain de Assis<sup>2</sup>, Marcela Almeida Alves<sup>3</sup>, Mateus Mariano Barbalho<sup>4</sup>, Romeo Lages Simões<sup>5</sup>

1. Acadêmico da Universidade Federal de Juiz de Fora campus Governador Valadares, Brasil.

2. Acadêmica da Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, Brasil.

3. Cirurgiã Geral do Hospital Municipal de Governador Valadares, Brasil.

4. Médico residente em Cirurgia Geral pelo Hospital Municipal de Governador Valadares, Brasil.

5. Ms. e doutorando em Ciências da Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas. Cirurgião Geral Avançado e do Trauma do Hospital Municipal de Governador Valadares. Docente e coordenador dos Módulos Habilidades Médicas I (Urgência e Emergência), Habilidades Médicas II (Fundamentos da Cirurgia) e Clínica Cirúrgica I da UNIVALE. Orientador deste trabalho desenvolvido. Governador Valadares, Brasil.

Autor correspondente: André Avellino Segantini de Matos,

E-mail: andreavellinosm@outlook.com

**Introdução:** Nos tempos atuais, encara-se como grande desafio o custo financeiro em que determinadas condutas requerem, como a Vacuum-Assisted Closure Therapy (VAC), uma peritoneostomia à vácuo (PV) indicada para controle de danos em circunstâncias em que se planeja uma futura reabordagem devido à diversas razões, como aumento da pressão intra-abdominal.<sup>4</sup> Da mesma forma, a Técnica de Barker (TB) cumpre tal função com efetividade comparável e menor custo, sendo assim viável para a implantação em centros hospitalares de baixos recursos.<sup>1</sup> A partir disso, tem-se como objetivo discutir a relevância da TB frente à uma situação de Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) decorrente de um Abdome Agudo Perforativo (AAP). **Descrição do Caso:** JLV, homem, 78 anos, etilista, deu entrada no HMGV apresentando dor abdominal em faixa, distensão abdominal, inapetência, náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresentava-se em diaforese, normotenso, taquicárdico, afebril e hipocorado dando entrada na sala de emergência. Leucometria 15.600; bt 2%; Hb 11,1; Htc 32% PCR 190; Cr 3,6; Ur 54; Glicose 331; TGO 280; indicando a hipótese de pancreatite aguda. 24h após a admissão, foi solicitada a avaliação da Cirurgia Geral e o paciente já se encontrava em grave estado geral, torporoso, intubado e instável hemodinamicamente. À tomografia computadorizada, presença de pneumoperitônio e hipodensidades circunscritas ao fígado e baço. Devido à instabilidade do quadro, foi realizada inicialmente a transfusão de plasma para posteriormente ser submetido à laparotomia exploradora, a qual observou-se coleção volumosa de pus em cavidade e secreção entérica, fígado e baço demonstrando intensa fibrose e úlcera gástrica, sendo então a causa identificada deste AAP e consequente SCA. Foi realizada rafia da úlcera, ressecção de omento e margem da úlcera para análise anatomopatológica, lavagem exaustiva da cavidade abdominal e PV pela TB. Retornou à sala de emergência para reabordagem em 48-72h. **Discussão:** Mediante ao exposto, optou-se pela aplicação da TB devido às condições clínicas em que o paciente se encontrava, uma vez que o diagnóstico de AAP foi tardio, o que perpetuou com sua evolução para SCA. **Conclusões:** Por tudo isso, infere-se que a TB é uma excelente alternativa para o tratamento satisfatório da SCA devido à sua acessibilidade, baixo custo, simplicidade da técnica e por possuir ideal efetividade diante ao quadro em questão, podendo ser utilizada em casos onde a VAC seja inviável.

**Palavras-chave:** Técnica de Barker. Síndrome Compartimental Abdominal. Abdome Agudo. Peritoneostomia à vácuo. Úlcera Perforada.

**Referências:**

1. Ribeiro Jr MAF, Barros EA, Carvalho SM, Nascimento VP, Cruvinel Neto J, Fonseca AZ. Estudo comparativo de técnicas de fechamento temporário da cavidade abdominal durante o controle de danos. Rev. Col. Bras. Cir.2016 ; 43( 5 ): 368-73.

2. Simão TS, Rocha FS, Moscon FB, Pinheiro RR, Barbosa FEAS, Faiwchow L. Curativo à vácuo para cobertura temporária de peritoneostomia. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2013;26(2):147-50

3. Cirurgias Colégio Brasileiro de. Manejo do abdome aberto no trauma e urgências não traumáticas. Consensos do XXXI Congresso Brasileiro de Cirurgia. Curitiba, PR: Journal of the Brazilian College of Surgeons. 2015: 85-101.

4. Pio MEA, Mageste PS, Costa CJ, Ferreira AP. Principais indicações e complicações da Peritoneostomia. RECMVR. 2018;1 (1):47-53.

## TRANSPLANTE DE MELANÓCITO/QUERATINÓCITO NÃO CULTIVADO PARA TRATAMENTO DE VITILIGO ESTÁVEL NAS MÃOS

Leandra Amarante Rodrigues Ferreira<sup>1</sup>, Fillipe Reis Silva<sup>1</sup>, Abner da Silva Machado<sup>1</sup>, Nathália dos Santos Marques<sup>1</sup>, Rodrigo Portilho Silva Magalhães<sup>2</sup>.

1- Acadêmico de Medicina, Universidade Federal De Juiz De Fora - Campus Avançado Governador Valadares, Governador Valadares, Brasil.

2- Residência Médica em Dermatologia pelo Hospital das Clínicas da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Autor Rodrigo Portilho Silva Magalhães

E-mail: portilhomagalhaes@bol.com.br, rodrigo.magalhaes@univale.br

**INTRODUÇÃO:** O vitiligo é uma desordem multifatorial adquirida da pigmentação da pele que acomete 1 a 2% da população. Caracteriza-se pelo desenvolvimento de máculas acrómicas e é considerado estável quando não surge nenhuma lesão nova ou quando lesões prévias não sofrem alterações por pelo menos 6 meses. O tratamento cirúrgico é uma importante ferramenta terapêutica, sendo a microenxertia uma técnica de transplante de melanócitos/queratinócitos (TMQ) com excelentes resultados terapêuticos. **DESCRIÇÃO DO CASO:** M.D.P, feminino, 67 anos, com vitiligo generalizado em face, região cervical, tórax, antebraços, mãos, joelhos e pernas há 50 anos. Realizou vários tratamentos, como: Oxsoralen via oral, pimecrolimus e betametasona tópicos, com pouca resposta terapêutica. Em janeiro de 2012, iniciou fototerapia com UVB Narrow Band-311 nanômetros (UVB-nb), obtendo repigmentação de face, pescoço, braços, mas com persistência das lesões nas mãos, mesmo após 100 sessões de fototerapia (FT). Um ano depois, iniciou o procedimento de TMQ em mãos pela técnica de microenxertos, intercalado com sessões de FT, resultando em repigmentação superior a 95% do vitiligo nas mãos; totalizando em agosto de 2019, 532 sessões de FT e 8 cirurgias de TMQ. **DISCUSSÃO DO CASO:** O TMQ está indicado nos casos de ausência de resposta a outras formas de tratamentos e vitiligo estável. A microenxertia consiste na retirada de tecido sã pela técnica de “punch” ou “shaving” e colocação nas áreas receptoras após dermoabrasão local. Sabe-se que nos vitiligos de longa evolução ocorre a ausência de melanócitos funcionais devido a destruição autoimune pela citotoxicidade mediada pelos linfócitos T CD8 melanócito-específico. A vantagem do TMQ é o repovoamento das áreas de ausência de melanócitos e consequente repigmentação. Áreas difíceis como regiões acrais, genitais, aréola mamária, podem apresentar excelentes resultados. A associação da técnica de TMQ com a FT permite um halo de repigmentação de até 6 milímetros ao redor dos microenxertos e é considerada o tratamento mais eficaz para vitiligo. **CONCLUSÃO:** Os parâmetros mais importantes para a eficácia do TMQ são a estabilidade do vitiligo, a topografia e o fototipo do paciente. Mesmo em casos refratários de longa evolução e em regiões de difícil abordagem como as acrais, é possível obter a repigmentação com a técnica de TMQ associada com FT com UVB-nb.

**Palavras-chave:** Melanócitos. Transplante. Vitiligo. Fototerapia.

**Referências Bibliográficas:**

1. Elias BLF, Ferreira FR, Lima EMA, Amarante CF, Mandelbaum SH. Enxerto por raspagem epidérmica no vitiligo estável: uma opção terapêutica. Surg Cosmet Dermatol. 2018;10 (2): 161-4.
2. Luz VV, Santos SL, Partata A. Vitiligo e seu tratamento. Revista Científica do ITPAC. 2014;7(3):1-19.
3. Ramos MG, Ramos DG, Gontijo G, Ramos CG, Rocha TN, Rocha RH. Non-cultured melanocyte/keratinocyte transplantation for the treatment of stable vitiligo on the face: report of two cases. An. Bras. Dermatol. 2013; 88 (5): 811-3

## TRANSPLANTE DE MELANÓCITOS: EXPERIÊNCIA DE UM PORTADOR DE VITILIGO SUBMETIDO AO INOVADOR TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÕES ACRÔMICAS

Camilla Carvalho Murta Botelho<sup>1</sup>, Igor Augusto Costa e Costa<sup>1</sup>, Daniel Gontijo Ramos<sup>2</sup>

1. Aluno do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES), Ipatinga (MG), Brasil.

2. Preceptor de Cirurgia Dermatológica na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte - Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Camilla Carvalho Murta Botelho

E-mail: mimillabotelho@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** Vitiligo é uma discromia marcada pelo surgimento de lesões cutâneas hipopigmentadas resultantes da destruição de melanócitos. Atinge cerca de 2% da população, afetando ambos os sexos. Sua etiologia ainda não foi completamente definida, mas fenômenos autoimunes provavelmente estão relacionados e mudanças ou traumas emocionais devem estar entre os fatores que desencadeiam ou agravam a doença.<sup>2,3</sup> Além disso, a maioria dos pacientes de vitiligo não apresenta qualquer sintoma além do surgimento de manchas hipocrômicas, mas, ocasionalmente, relatam sentir sensibilidade e dor na área afetada.<sup>3</sup> **DESCRIÇÃO DO CASO:** O caso a ser relatado traz um paciente, sexo feminino, 39 anos, que procurou atendimento em janeiro de 2018 relatando presença de lesões acrômicas há 10 anos. Informou tratamento medicamentoso e fototerapia prévia, sem sucesso. Ao exame físico apresentava manchas acrômicas irregulares e difusas pela parte distal dos membros inferiores. Uma vez que as lesões se encontravam estáveis há 18 meses, foi indicado tratamento por transplante autólogo de melanócitos, método pouco realizado no Brasil, descrito somente em 2005, sendo aprimorado em 2013, com a implementação da técnica de suspensão celular. O procedimento foi feito em consultório, sem necessidade de internação. Após a cirurgia, a paciente evoluiu com excelente resultado: com 4 meses retornou com repigmentação de 60% da área das lesões e com 9 meses a porcentagem subiu para 90%. **DISCUSSÃO:** Procedimentos cirúrgicos para o vitiligo estável podem ser uma alternativa para pacientes que não responderam à terapia prévia. O transplante por suspensão de melanócitos/queratinócitos permite o tratamento de grandes áreas despigmentadas em praticamente qualquer região anatômica, removendo um enxerto de pele relativamente pequeno e delgado do local doador, sendo considerado um método eficiente, simples e seguro.<sup>1,2</sup> O resultado é extremamente satisfatório, sendo capaz de repigmentar lesões 3 a 5 vezes maiores que qualquer outro método. Além disso, não há risco de rejeição ou efeitos colaterais, a pigmentação é homogênea e raramente ocorre cicatriz. A repigmentação ocorre uniformemente e com cor semelhante à pele original.<sup>2</sup> A estabilidade do vitiligo é o principal parâmetro a ser considerado para a realização de qualquer técnica cirúrgica no seu tratamento. Outros fatores, como o tipo da doença, localização e fototipo do paciente, também influenciam o resultado.<sup>1,2</sup> No caso relatado foi possível observar excelente resposta. O transplante foi realizado sem complicações antes ou após a cirurgia. **CONCLUSÕES:** O transplante autólogo de melanócitos é o método cirúrgico mais recente e inovador para o tratamento do vitiligo estável. A repigmentação ocorre uniformemente e com cor semelhante à pele original. Pacientes com vitiligo segmentar ou focal são os mais beneficiados com esse método eficiente, simples e seguro, já sendo considerado primeira linha de tratamento nesses casos.

Palavras-chave: Vitiligo. Transplante de melanócitos. Discromia.

Referências:

1. Rusfianti M, Wirohadidjodjo YW. Dermatological techniques for repigmentation of vitiligo. *Int J Dermatol.* 2006; 45(4): 411-7.
2. Ramos MG, Ramos DG, Gontijo G, Ramos CG, Rocha TN, Rocha RH. Non-cultured melanocyte/keratinocyte transplantation for the treatment of stable vitiligo on the face: report of two cases. *An. Bras. Dermatol.* 2013; 88(5): 811-3.
3. Habif TP. *Dermatologia Clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento*, 5th ed. Rio de Janeiro; 2012. 764p.

## TRATAMENTO NÃO OPERATÓRIO NO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

Yan Heringer de Oliveira<sup>1</sup>, Giovanna dos Santos Flora<sup>1</sup>, Rodrigo Bertani Simão<sup>2</sup>, Ruston da Matta Louback Filho<sup>3</sup>.

1. Acadêmico de medicina UNIFACIG, Manhuaçu, Brasil;
2. Residente de cirurgia geral do Hospital César Leite, Manhuaçu, Brasil;
3. Cirurgião oncológico pelo Instituto do Câncer Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, São Paulo, Brasil.

Autor correspondente: Yan Heringer de Oliveira

E-mail: yan\_heringer99@icloud.com

**Introdução:** No trauma abdominal fechado (TAF) tem uma prevalência de lesões em órgãos parenquimatosos, sendo o baço o mais prevalente seguido do fígado, pâncreas e rins, respectivamente. A laparotomia, a embolização e a observação são descritas como tratamento no TAF. **Objetivos:** O presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre o tratamento não operatório no trauma abdominal contuso. **Metodologia:** Foi realizado uma revisão bibliográfica nas bases de dados do Scielo e PubMed. Os termos usados na busca foram: tratamento não operatório; trauma abdominal fechado. Foram selecionados artigos científicos escritos em português e inglês no período de 2007 a 2019, totalizando 15 artigos. **Discussão:** Atualmente, o tratamento não operatório (TNO) é a primeira escolha para pacientes vítimas de trauma abdominal fechado que estejam hemodinamicamente estáveis e sem sinais de peritonite, estando associado a uma taxa de sucesso de 80-90% dos casos. O TNO consiste em uma observação clínica rigorosa em uma Unidade de Terapia Intensiva, podendo está associada a uma angiografia terapêutica. O TNO tem como vantagens a redução dos custos hospitalares, bem como menor taxa de complicações para os pacientes em comparação aos submetidos a uma laparotomia. **Considerações finais:** Conclui-se que o tratamento não operatório tem aumentado as taxas de recuperação pós-trauma, a partir do acompanhamento clínico contínuo e horizontal feito pela equipe médica.

**Palavras chave:** Trauma abdominal. Tratamento não operatório. Lesão esplênica. Lesão hepática. Trauma renal.

**Referências:**

1. Corn S, Reyes J, Helmer SD, Haan J. Outcomes Following Blunt Traumatic Splenic Injury Treated with Conservative or Operative Management. *Kansas journal of medicine*. 2019;12, (3):83.
2. Fodor M, Primavesi F, Morell-Hofert D, Kranebitter V, Palaver A, Braunwarth E, et al. Non-operative management of blunt hepatic and splenic injury: a time-trend and outcome analysis over a period of 17 years. *World Journal of Emergency Surgery*. 2019; 14(1): 29.
3. Júnior GAP, Carvalho JB, Neto GSP, Guedes JR. Tratamento não operatório do trauma de vísceras abdominais parenquimatosas. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)*. 2007; 40(4): 538-50.
4. Starling SV, Drumond DAF. Tratamento não operatório de 1.768 pacientes portadores de lesões das vísceras maciças abdominais por trauma contuso atendidos no Hospital João XXIII. *Rev Med Minas Gerais*. 2014;24(4), 432-40.
5. Lima SO, Cabral FLD, Neto P, Ferreira A, Mesquita FNB, Feitosa MFG, et al. Avaliação epidemiológica das vítimas de trauma abdominal submetidas ao tratamento cirúrgico. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2012; 39(4): 302-6.



## TROMBOSE MESENTÉRICA SEGMENTAR POR TRAUMA TARDIO: RELATO DE CASO

Caroline Costa Baldow<sup>1</sup>, Iara Gomes Breder<sup>1</sup>, Ludmila Ventura Torres<sup>1</sup>, Luma de Abreu Viana<sup>1</sup>, Higor Souza Carlech<sup>2</sup>

1. Acadêmicas do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES), Ipatinga-MG, Brasil.

2. Médico pela Faculdade de Medicina de Petrópolis, Especialista em Cirurgia Geral do Hospital Marcio Cunha pela Fundação Educacional Lucas Machado, Docente do Curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior (IMES), Ipatinga-MG, Brasil.

Autor correspondente: Caroline Costa Baldow

E-mail: carolcostabaldow@gmail.com

**Introdução:** A Trombose Venosa Mesentérica (TVM) é uma causa rara de isquemia intestinal aguda, sendo responsável por menos de 5% dos casos.<sup>1</sup> A abordagem cirúrgica mais comum se dá pela ressecção do intestino inviável, e os casos não tratados costumam ser fatais.<sup>2</sup> **Descrição:** JAV, 80, masculino, com história de dor abdominal e vômitos pós-prandiais com 15 dias de evolução após trauma abdominal. Apresentava edema parietal difuso em alças delgadas e peristaltismo reduzido. A tomografia de abdome superior e pelve apresentou espessamento de segmento de alça jejuno-ileal no hipocôndrio esquerdo e congestão da circulação venosa relacionada. Feita a laparoscopia, evidenciou-se alça de jejuno edemaciada, escurecida e com sinais de sofrimento vascular, optou-se então por enterectomia por laparotomia mediana transumbilical. **Discussão:** A isquemia mesentérica aguda possui como principais etiologias: embolia arterial cardiogênica, isquemia mesentérica não oclusiva e trombose mesentérica arterial e venosa. Desordens de coagulação, estados pró-trombóticos, pós-operatório e carcinomas são prováveis causas da TVM, sendo o trauma causa rara. O processo oclusivo envolvendo arcada venosa possui fisiopatologia que inclui perda de fluidos com acúmulo intraluminal, edema de alças intestinais e congestão da circulação venosa, com consequente injúria vascular e hemorragia segmentar.<sup>3</sup> Ainda, a TVM agrega sintomas inespecíficos como: dor abdominal difusa, náuseas e vômitos, explicados pelo intenso vasoespasmo, diarreia e sangue oculto retal ou gástrico. O exame físico abdominal, inicialmente, pode ser frustrante diante de abdome inocente. O caso poderia ter apresentado outra evolução se a conduta cirúrgica fosse adiada diante do quadro clínico. **Conclusão:** Apesar de ser uma condição rara e incomum, a TVM deve ser uma hipótese diagnóstica perante trauma tardio como possível etiologia da injúria aguda. Sabe-se que a evolução e o desfecho da doença estão intrinsecamente relacionados ao diagnóstico e cirurgia precoces. Então, faz-se necessária a realização de uma anamnese detalhada associada a um bom raciocínio clínico para que seja alcançado melhor prognóstico.

**Palavras-chave:** Oclusão vascular mesentérica. Isquemia mesentérica. Veias mesentéricas. Trauma.

**Referências:**

1. Gonçalves WM, Krueel NF, Araújo PA, Franzone O. Isquemia Mesentérica. Arquivos Catarinenses de Medicina. 1997;26(1):86-90.
2. Virgini-Magalhães CE, Mayall MR. Isquemia mesentérica. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2009;8(1):70-80.
3. Semedo LC. Isquemia Mesentérica. Acta Radiológica Portuguesa. 2010;22(86):85-7.

## TUMOR SPITZOIDE DA MÃO: RELATO DE CASO

Giulia Cunha de Oliveira<sup>1</sup>, Geferson Ferreira Coelho<sup>1</sup>, Maria Júlia Martins Machado<sup>1</sup>, Kennedy Santos Fonseca<sup>2</sup>, Eduardo Amaral Moura Sá<sup>3</sup>

1. Graduando em medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Avançado Governador Valadares (UFJF-GV), Governador Valadares - MG, Brasil.

2. Residente em Cirurgia Geral, Hospital Municipal de Governador Valadares, Governador Valadares- MG, Brasil.

3. Cirurgião Oncológico do Núcleo de Especialista em Oncologia/Hospital Bom Samaritano de Governador Valadares, Governador Valadares- MG, Brasil.

Autor correspondente: Eduardo Amaral Moura Sá

E-mail: sa.amaral@globo.com

**Introdução:** Os tumores Spitzoides incluem nevo de Spitz, tumor Spitzoide Atípico e melanoma Spitzoide. Parâmetros clínicos e histopatológicos, quantificação da taxa mitótica e identificação das mutações os diferenciam. São mais prevalentes em menores de 20 anos, mas surgem em qualquer idade.<sup>1,2,3</sup> O melanoma Spitzoide apresenta células com aspecto epitelióide ou fusiforme<sup>1,2,3,4</sup>, assimetria, alta taxa mitótica e caráter infiltrativo.<sup>2,5</sup> Está associado a alterações nas vias da proteína quinase A e na via da metilação do DNA.<sup>5</sup> A lesão comumente é amelanótica, nodular e pode apresentar ulceração<sup>2</sup>. O prognóstico é mais favorável que demais melanomas e raramente ocorrem metástases.<sup>1,2,3,4,5</sup> **Descrição do caso:** R.G.S, mulher, 35 anos, história de ressecção de lesão melanocítica, atípica, predomínio intradérmico, de padrão spitzoide em dorso da mão direita há 10 anos e recidiva com biópsia incisiva indicando nevo spitzoide, não podendo afastar malignidade. Notou-se uma tumoração infiltrativa, de coloração heterogênea e de 3,5cm no maior diâmetro, entre IV e V metacarpos da mão direita. Havia dor e limitação funcional, compatíveis com a aderência da lesão aos tendões e ossos. Solicitou-se Ressonância Nuclear Magnética que mostrou uma imagem captante de contraste com contornos bem definidos, 2,5 x 2,0 x 2,2cm, em falanges proximais e metacarpos do IV e V dedos, comprometendo regiões dorsal e palmar e tendões flexores dos dedos. Foi indicada cirurgia radical com amputação do IV e V dedos. Laudo histopatológico inicial indicou fibroxantoma atípico com incerteza. A imuno-histoquímica mostrou expressão alta e difusa de proteína S-100 e gp100 e Ki-67 elevado. Sem evidência de maturação ou infiltrado linfoplasmocitário intra ou perilesional. Os achados sugeriram lesão melanocítica predominantemente intradérmica atípica de padrão spitzoide e margens cirúrgicas livres. **Discussão:** A paciente está acima da faixa etária de maior prevalência da doença e o comportamento biológico da lesão nesses casos ainda é obscuro<sup>2</sup>, sendo que idade maior que 10 anos é um fator de risco para maior gravidade.<sup>3</sup> O marcador de proliferação Ki67 elevado indica lesão maligna.<sup>1</sup> A ausência de evidência de maturação e a dimensão maior que 1cm também favorecem o diagnóstico de melanoma Spitzoide.<sup>5</sup> **Conclusão:** A literatura reflete a raridade da doença: os estudos são poucos e com amostras populacionais pequenas, o que dificulta os avanços nas pesquisas sobre a doença.

**Palavras-chave:** Melanoma Spitzoide. Nevo de Spitz. Tumores Spitzoides

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Dika E, Ravaoli GM, Fanti PA, Neri I, Patrizi A. Spitz Nevi and Other Spitzoid Neoplasms in Children: Overview of Incidence Data and Diagnostic Criteria. *Pediatr Dermatol*. 2017;34(1):25-32.
2. Tas F, Erturk K. Spitzoid cutaneous melanoma is associated with favorable clinicopathological factors and outcome. *J Cosmet Dermatol*. 2019;1-5.
3. Bahrami A, Barnhill, RL. Pathology and genomics of pediatric melanoma: A critical reexamination and new insights. *Pediatr Blood Cancer*. 2017;1-9.
4. Tetzlaff MT, Reuben A, Billings SD, Prieto VG, Curry JL. Toward a Molecular-Genetic Classification of Spitzoid Neoplasms. *Clin Lab Med*. 2017;(37):431-48.
5. Lazova R, Pornputtpong N, Halaban R, Bosenberg M, Bai Y, Chai H, et al. Spitz nevi and Spitzoid melanomas: exome sequencing and comparison with conventional melanocytic nevi and melanomas. *Mod Pathol*. 2017;(30):640-9.

## TUMORES RAROS DOS OVÁRIOS: UM RELATO DE CASO SOBRE TUMOR OVARIANO DE CÉLULAS DE SERTOLI-LEYDIG EM ADOLESCENTE

Camila Borba Pereira<sup>1</sup>, Bruna Barbosa Soares Lúcio<sup>1</sup>, Giselle Silva Ponciano<sup>1</sup>, Lígia Carvalho Barbosa<sup>2</sup>, Marcela Lagoas Neto<sup>3</sup>

1. Médica, Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

2. Acadêmica de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

3. Médica Oncologista, Núcleo de Especialistas em Oncologia (NEO) - Hospital Bom Samaritano, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

Autor Correspondente: Camila Borba Pereira

E-mail: camilaborbap@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** O tumor de células de Sertoli-Leydig (TCSL) corresponde a menos de 0,5% dos tumores ovarianos, atinge mulheres entre 20-40 anos e é produtor de hormônios androgênicos, sendo 20% não funcionantes.<sup>1</sup> Devido ao hiperandrogenismo, podem ser observados sinais de virilização precedidos por anovulação, amenorreia e desfeminização. Outros sinais são acne, hirsutismo, clitoromegalia e hipertrofia muscular.<sup>2</sup> A cirurgia é a primeira opção terapêutica, podendo ser isolada para doença não metastática ou associada a quimioterapia (QT) adjuvante em outros casos.<sup>3</sup>  
**DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente de 16 anos, menarca aos 9, apresentando amenorreia há 2 anos evolui com dor abdominal intensa do tipo cólica e distensão abdominal há 3 meses. Ao exame físico: emagrecida, mamas pouco desenvolvidas, abdome distendido com desconforto difuso à palpação e dor ao exame ginecológico/retal. À tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica: “Volumosa formação cística peritoneal, compatível com neoplasia; considerar lesão primária ovariana. A associação com espessamento omental e a ascite sugere a presença de carcinomatose peritoneal”. A hipótese diagnóstica do tumor primário foi neoplasia maligna do ovário, sendo proposta histerectomia total (HTA), salpingooforectomia bilateral (SOB), omentectomia, linfadenectomia e biópsias (Bxs) para estadiamento e tratamento em 1 mês. Antes disso, a paciente retornou com quadro de oclusão intestinal e caquexia sendo necessária cirurgia de urgência. Apresentava tumoração gigante próximo ao anexo direito com alguns pontos de fixação peritoneal, realizando-se ressecção e Bxs. Posteriormente, os exames anatomopatológicos e imunohistoquímicos revelaram “TCSL com diferenciação heteróloga representada por rabdomiossarcoma”. À TC abdominal apresentava sinais de resposta parcial à cirurgia. Em 7 dias, realizou-se nova laparotomia com ressecção de massas, HTA, SOB e Bxs. Após recuperação, segue com QT adjuvante.  
**DISCUSSÃO:** Assim como outros tumores do ovário, o TCSL apresenta difícil diagnóstico e alta taxa de letalidade. No caso, a adolescente foi submetida a várias propeleuticas complementares e cirúrgicas até concluir o diagnóstico preciso. Dessa forma, a suspeição clínica de neoplasia ovariana em pacientes que apresentam massa anexial, dor pélvica, ascite ou dor abdominal é muito importante.  
**CONCLUSÃO:** Portanto, é necessário aumentar a suspeição diagnóstica dos tumores ovarianos a fim de tornar o diagnóstico precoce, melhorar as alternativas terapêuticas e, assim, aumentar a taxa de sobrevida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tumor. Ovário. Sertoli-Leydig. Amenorreia. Virilização.

**REFERÊNCIAS:**

1. Gershenson DM, Goff B, Garcia RL, Dizon DS, Barss VA, Vora SR.

2. Sex cord-stromal tumors of the ovary: Sertoli-stromal cell tumors, Uptodate, 2018.

3. Horta M, Cunha TM. Sex cord-stromal tumors of the ovary: a comprehensive review and update for radiologists. *Diagnostic and Interventional Radiology*. 2015;21(4):277

4. Buzaid AC, Manual de oncologia clínica do Brasil. 2018.