RESUMOS

Resumo

REPARO DE HÉRNIAS DA PAREDE ABDOMINAL ANTERIOR COM PRÓTESES ALOPLÁSTICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Marcela Maletta Cancella[1] ; Leandro Maletta Vieira[2], Laura Mudadu Silva Sartori de Carvalho[2], Cirênio de Almeida Barbosa[3]

1. Centro Universitário Governador Ozanam Coelho (UNIFAGOC) – Ubá, Minas Gerais - Brasil
2. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) – Ouro Preto, Minas Gerais - Brasil
3. Universidade Federal de Ouro Preto/MG; Colégio Brasileiro de Cirurgiões-TCBC, Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo – TECAD; Fundação de Pesquisa e Ensino em Cirurgia (FUPEC) – Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Marcela Maletta Cancella. E-mail: marcelacancella@gmail.com

Introdução: As hérnias da parede abdominal anterior são patologias cirúrgicas de alta prevalência, cujo reparo com próteses aloplásticas se estabeleceu como padrão-ouro para reduzir a recorrência, superando o reparo primário por sutura. A escolha do biomaterial é crucial, influenciando a resistência mecânica e a biocompatibilidade, e deve ser adaptada ao contexto clínico. **Objetivos:** O objetivo do estudo é analisar as evidências sobre os tipos de malhas, complicações associadas, segurança em campos contaminados e o papel de técnicas adjuvantes no reparo herniário. **Métodos**: Foi conduzida uma revisão integrativa, com análise a nove estudos incluindo revisões sistemáticas, coortes e séries de casos (2013-2024), que abordam próteses permanentes e absorvíveis no reparo de hérnias ventrais. O estudo comparou materiais, complicações e resultados em cirurgias contaminadas. **Resultados**: A evolução material inclui malhas leves, compostas e o Poli-4-hidroxibutirato (P4HB), uma prótese absorvível. Complicações frequentes são seroma, infecção (ISC) e dor crônica. Em campos contaminados, o P4HB demonstrou taxas de ISC e reoperação significativamente menores em 1 ano, comparado a malhas permanentes, com recorrência similar. Em grandes defeitos emergenciais, a interposição do omento ou peritônio com polipropileno provou ser uma técnica adjuvante segura. **Discussão**: A escolha da malha deve ser guiada pelo grau de contaminação. A menor taxa de ISC com P4HB em campos contaminados reforça a prioridade na redução da morbidade a curto prazo, apesar da recorrência similar em 1 ano. A heterogeneidade metodológica e o follow-up curto para malhas absorvíveis limitam a confiança nas conclusões de longo prazo. Contudo, as implicações clínicas são claras: malhas leves para campo limpo e P4HB ou barreira biológica para campo contaminado/emergencial. **Conclusões:** Malhas absorvíveis são a opção preferencial em campos contaminados para reduzir a morbidade infecciosa. É imperativa a realização de estudos randomizados com follow-up para avaliar a durabilidade e o custo-efetividade das novas próteses.

Palavras-chaves: Hérnia Abdominal. Próteses. Telas Cirúrgicas.

Referências:

1. Bilsel Y, Abci I. The search for ideal hernia repair; mesh materials and types. Int J Surg. 2012;10(6):317-21.
2. Khan A, Elmadbouh S, Khalid SA, Ayub M, Mahmood S, Ravendran K. Efficacy of biological versus synthetic mesh in ventral hernia repair: a systematic review and meta-analysis of long-term outcomes and recurrence rates. Cureus. 2025; 17(9): e92557.
3. Lindmark M, Löwenmark T, Strigård K, Gunnarsson U. Major complications and mortality after ventral hernia repair: an eleven-year Swedish nationwide cohort study. BMC Surg. 2022;22(1):426.
4. Rosen MJ, Krpata DM, Petro CC, Cabonell A, Warren J, Poulose BK, *et al*. Biologic vs synthetic mesh for single-stage repair of contaminated ventral hernias: a randomized clinical trial. JAMA Surg. 2022;157(4):293-301.
5. Carbonell AM, Cobb WS. Safety of prosthetic mesh hernia repair in contaminated fields. Surg Clin North Am. 2013;93(5):1227-39.

Resumo

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE LOBECTOMIA E SEGMENTECTOMIA NA SOBREVIDA DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CANCER DE PULMÃO EM ESTÁGIO INICIAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Mateus Rodrigues Brant[1] ; Gabriel Salgado do Amaral [1], João Vicente Bragança [1], Dra. Gabriela Cumani Toledo Camilo [1]

1- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Mateus Rodrigues Brant. E-mail: marobrant@gmail.com

Introdução: O impacto da segmentectomia versus lobectomia na sobrevida livre do paciente com diagnóstico de câncer de pulmão em estágio inicial ainda não foi totalmente estabelecido. Nesse contexto, a segmentectomia foi sugerida para alcançar resultados semelhantes. **Objetivos:** Comparar a sobrevida (recorrência da doença ou óbito por qualquer causa) em pacientes que realizaram lobectomia e segmentectomia após o diagnóstico de câncer de pulmão. **Métodos:** Foram analisados ensaios clínicos publicados em inglês, realizados em humanos, tendo como referência a base de dados National Library of Medicine (MedLine). A busca pelos descritores e termos foi realizada consultando as plataformas Descritores em Ciência da Saúde(DeCS) e ao Medical Subject Heading(MeSH) e os descritores usados foram:"segmentectomy", "lobectomy" e "Pulmonary Neoplasm". Foram incluídos estudos que analisaram a sobrevida livre de pacientes durante cinco anos ou mais. A escala PRISMA foi utilizada no intuito de sistematizar o relato dessa revisão. **Resultados:** Foram encontrados 110 estudos, após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, 4 ensaios clínicos concluíram o escopo final. A amostra foi de 6.934 indivíduos e a média de idade foi 67 anos, e revelou que após um acompanhamento mediano de 7 anos, a segmentectomia não foi inferior a lobectomia para sobrevida livre de doença. A sobrevida livre de doença em 5 anos foi de 63,6%(p<0,05) após a segmentectomia versus 64,1%(p<0,05) após a lobectomia. A recorrência se desenvolveu em 30,4%(p<0,05) após a segmentectomia versus 29,3%(p<0,05). A recorrência locorregional ocorreu em 13,4%(P<0,05) após segmentectomia e 10,0%(p<0,05) após lobectomia. **Conclusão:** Os procedimentos apresentaram taxas de sobrevida livre de doença semelhantes. A segmentectomia pode ser um procedimento razoável em pacientes com câncer de pulmão em estágio inicial cuidadosamente selecionados que apresentam comorbidades e tumores pequenos.

Palavras-chave: Segmentectomia. Lobectomia. Câncer de Pulmão.

Referências:

1. Altorki N, Wang X, Damman B, Mentlick J, Landreneau R, Wigle D, *et al*. Lobectomy, segmentectomy, or wedge resection for peripheral clinical T1aN0 non-small cell lung cancer: A post hoc analysis of CALGB 140503 (Alliance). J Thorac Cardiovasc Surg. 2024 Jan;167(1):338-347.e1. doi:10.1016/j.jtcvs.2023.07.008. Epub 2023 Jul 18. Erratum in: J Thorac Cardiovasc Surg. 2025 Apr;169(4):1181. doi:10.1016/j.jtcvs.2024.12.011.
2. Wald O, Sadeh BM, Bdolah-Abram T, Erez E, Shapira OM, Izhar U. Outcomes of sublobar resection vs lobectomy for invasive clinical stage T1N0 non-small-cell lung cancer: A propensity-match analysis. Cancer Rep (Hoboken). 2021 Jun;4(3):e1339. doi: 10.1002/cnr2.1339.
3. Stamatis G, Leschber G, Schwarz B, Brintrup DL, Flossdorf S, Passlick B, *et al*. Survival outcomes in a prospective randomized multicenter Phase III trial comparing patients undergoing anatomical segmentectomy versus standard lobectomy for non-small cell lung cancer up to 2 cm. Lung Cancer. 2022 Oct;172:108-116. doi:10.1016/j.lungcan.2022.08.013.
4. Nakagawa K, Watanabe SI, Wakabayashi M, Yotsukura M, Mimae T, Hattori A, *et al*. Risk factors for locoregional relapse after segmentectomy: supplementary analysis of the JCOG0802/WJOG4607L trial. J Thorac Oncol. 2025 Feb;20(2):157-166. doi:10.1016/j.jtho.2024.10.002.

Resumo

BENEFÍCIOS DA TORACOSCOPIA EM COMPARAÇÃO A TORACOTOMIA NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO PNEUMOTÓRAX ESPONTÂNEO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Matheus Pereira de Almeida[1], Maria Luiza Passigatt Franco[1], Sofia Oliveira Duarte[1], Gabriela Cumani Toledo Camilo[1]

1- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema
Autor correspondente: Matheus Pereira de Almeida. E-mail: matheus.pereira@aluno.suprema.edu.br

INTRODUÇÃO: O pneumotórax espontâneo (PE) é uma condição caracterizada pelo acúmulo de ar no espaço intrapleural, o que faz com que a pressão entre as pleuras se eleve causando o colapso do pulmão. As causas concretas do PE ainda são desconhecidas, porém fatores de riscos, como histórico familiar, sexo masculino e doenças pulmonares são alguns das causas que colaboram para a ocorrência. A cirurgia toracoscópica videoassistida (VATS) é uma técnica cirúrgica que surgiu na década de 1990 e tem sido utilizada para substituição da toracotomia clássica no manejo do PE. **OBJETIVO:** O objetivo do presente estudo foi descrever os benefícios da escolha da toracoscopia em casos de pneumotórax espontâneo comparado ao uso da toracotomia. **MÉTODOS:** Realizou-se uma revisão da literatura crítica pela base de dados MedLine. A busca pelos descritores foi efetuada mediante consulta ao DECS, de onde foram retirados: pneumotórax, toracotomia e toracoscopia. Foram aplicados os seguintes filtros: estudos em inglês; realizados em humanos. Estudos de revisão sistemática, meta-análises, ensaio clínico, estudo observacional e ensaio clínico controlado e randomizado foram selecionados. Essa revisão foi sistematizada a partir da escala PRISMA. **RESULTADOS:** Identificaram-se inicialmente 42 resultados. Após leitura detalhada dos títulos e o resumo prévio selecionaram-se quatro artigos que compõem a análise final. A amostra foi de 14209 participantes sendo de ambos os sexos englobando jovens, adultos e idosos. Observou-se que a (VATS) apresenta vantagens quando comparada a cirurgia aberta, como menor necessidade de analgésicos, redução do tempo hospitalar no pós-operatório, melhor mobilidade dos ombros e melhor função pulmonar. Em termos de segurança e complicações ambas as técnicas apresentaram decorrências semelhantes. **CONCLUSÃO:** Portanto, a toracoscopia apresentou melhores desfechos quando comparado a toracotomia, sendo considerada uma técnica útil, segura e menos invasiva. Isso colabora para uma melhor recuperação e reinserção nas atividades normais.

Palavras-chave: Pneumotórax. Toracotomia. Toracoscopia.

REFERÊNCIAS:

1. Dagnegård HH, Rosén A, Sartipy U, Bergman P. Recurrence rate after thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax. Scand Cardiovasc J. 2017; 51(4):228-32.
2. Freixinet JL, Canalís E, Juliá G, Rodriguez P, Santana N, Rodriguez de Castro F. Axillary thoracotomy versus videothoracoscopy for the treatment of primary spontaneous pneumothorax. Ann Thorac Surg. 2004; 78(2):417-20.
3. Galvão TF, Pansai TSA, Harrad D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: A recomendação PRISMA. Epidemiol. Serv. Saúde 2015; 24:335-42.
4. Goto T, Kadota Y, Mori T, Yamashita S, Horio H, Nagayasu T, *et al*. Video-assisted thoracic surgery for pneumothorax: republication of a systematic review and a proposal by the guideline committee of the Japanese association for chest surgery 2014. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2015; 63(1):8-13.
5. Waller DA, Forty J, Morritt GN. Video-assisted thoracoscopic surgery versus thoracotomy for spontaneous pneumothorax. Ann Thorac Surg. 1994; 58(2):376-7.

Resumo

CARCINOMA BASOCELULAR NODULAR E INFILTRATIVO DE ASA NASAL: TRATAMENTO COM CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS - RELATO DE CASO

Fernanda Nogueira Elerati[1] ; Lívia Abreu de Souza[1], Camilo Costa Ferreira[1], Rodrigo Leite Azevedo[2]

1- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
Autor correspondente: Fernanda Nogueira Elerati. E-mail: eleratifernanda@gmail.com / fernanda.elerati@estudante.ufjf.br

Introdução: O Carcinoma Basocelular (CBC) é a neoplasia maligna humana mais comum, representando aproximadamente 75-80% dos cânceres de pele não melanoma. Sua incidência tem apresentado um expressivo aumento, atribuído ao envelhecimento populacional e à exposição solar crônica. Clinicamente, caracteriza-se por crescimento lento, baixo potencial metastático e múltiplos subtipos, sendo os principais o nodular, o superficial e o esclerodermiforme. **Descrição do Caso:** C.A.L, 76 anos, sexo masculino, com histórico de neoplasias cutâneas não melanoma, sem outras comorbidades, apresentava CBC em asa nasal direita há 3 anos (diagnóstico clínico), sem tratamento. Foi indicada ressecção com Cirurgia Micrográfica de Mohs (CMM) devido à topografia de alto risco e à possibilidade de invasão microscópica além dos limites clínicos aparentes. Houve o clareamento das margens apenas no terceiro estágio cirúrgico, seguido por reconstrução com retalho de avanço tipo "Jigzaw-puzzle". **Discussão:** O CBC, embora apresente crescimento lento e baixo potencial metastático, possui variantes de comportamento localmente agressivo, tornando a delimitação cirúrgica desafiadora, principalmente em regiões críticas, como a face. No paciente descrito, apesar das margens bem definidas clinicamente, o exame histopatológico revelou invasão profunda significativa. Nesse contexto, a CMM constitui o método preferencial para CBCs localmente avançados, bem como recidivados ou de margens imprecisas, sendo também indicada para subtipos agressivos (infiltrativo, micronodular, esclerodermiforme e basoescamoso) e pacientes imunossuprimidos. Além disso, possibilita avaliação completa das margens cirúrgicas em tempo real, removendo apenas tecido tumoral e preservando pele saudável, favorecendo resultados oncológicos e estéticos, especialmente em áreas delicadas, como asa nasal. **Conclusão:** No caso apresentado, a extensão subclínica da lesão tumoral evidencia a necessidade de indicação criteriosa da Cirurgia Micrográfica de Mohs em áreas de risco, especialmente na face. Esse método permite o controle histológico completo das margens com máxima preservação tecidual, reduzindo recidivas e proporcionando melhores resultados oncológicos e estéticos.

Palavras-chave: Carcinoma Basocelular. Cirurgia Micrográfica de Mohs. Margens Cirúrgicas.

Referências:

1. Bittner GC, Cerci FB, Kubo EM, Tolkachjov SN. Cirurgia micrográfica de Mohs: revisão de indicações, técnica, resultados e considerações. An Bras Dermatol. 2021;96(3):263–77.
2. Fania L, Didona D, Morese R, Campana I, Coco V, Di Pietro FR, *et al*. Basal cell carcinoma: from pathophysiology to novel therapeutic approaches. Biomedicines. 2020 Oct 23;8(11):449.
3. Fania L, Samela T, Moretta G, Ricci F, Dellambra E, Mancini M, *et al*. Attitudes among dermatologists regarding non-melanoma skin cancer treatment options. Discover Oncol. 2021 Sep 7;12(1): 31.
4. Maciejewska M, Bętkowska A, Czuwara J, Rudnicka L, Banciu L, Tebeica T, *et al*. Mohs micrographic surgery: a narrative review of current practices, emerging trends, and case-based insights. Adv Ther. 2025; 42(11): 5397-5426.
5. Ceder H, Grönberg M, Paoli J. Mohs micrographic surgery for primary versus recurrent or incompletely excised facial high-risk basal cell carcinomas. Acta Derm Venereol. 2021;101:adv00381.

Resumo

TÍTULO: CIRURGIA DE ALTEMEIER NO TRATAMENTO DO PROLAPSO RETAL RECIDIVADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Luísa Matos de Paula Levy[1] ; Raissa Renzzo Nunes[1], Laura Benevenuto Moreira[2], João Vicente Rodrigues[1]

1- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2- Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Luísa Matos de Paula Levy. E-mail: luisamatospl@icloud.com; luisamatos.levy@aluno.suprema.edu.br

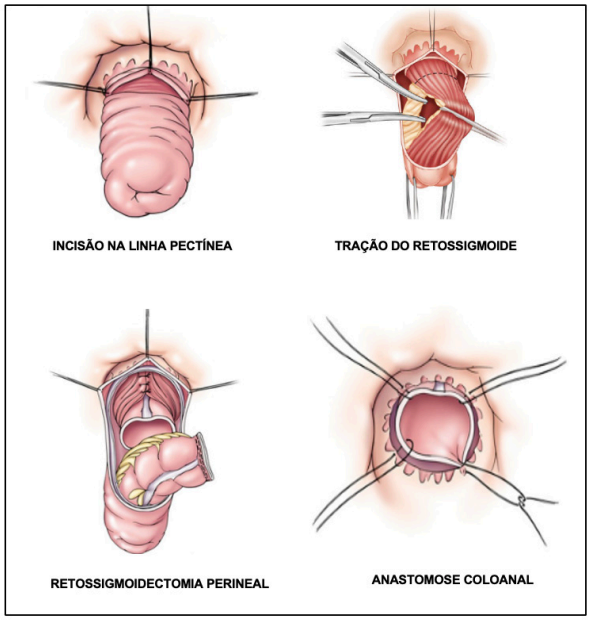
Introdução: O prolapso retal completo é uma condição rara, frequentemente associada à constipação intestinal e incontinência fecal. Atinge principalmente mulheres multíparas idosas. O quadro clínico é caracterizado pela exteriorização de massa retal, desconforto local, secreção e sangramento. O tratamento cirúrgico pode ser via abdominal ou perineal. A retossigmoidectomia perineal (Cirurgia de Altemeier) é indicada em pacientes idosos, com recidivas decorrentes de outras técnicas, por menor morbidade e internação. **Métodos:** Revisão da literatura nas bases PubMed/SciELO, buscando artigos de 2020 a 2025 com os termos "prolapso retal" e "Altemeier". **Descrição do Caso:** Paciente feminina, 73 anos, portadora de prolapso retal recidivado após dois procedimentos pela técnica de Delorme em 60 dias. Referia constipação e doença psiquiátrica. Ao exame: prolapso de 8 cm e hipotonia esfincteriana. Após propedêutica, foi submetida à CA sob anestesia peridural/geral, com ressecção (29 cm) e anastomose coloanal manual, associada à levatorplastia. Recebeu alta no 3º dia e encontra-se sem recidiva após cinco meses.
Discussão: Estudos recentes (2020–2025) demonstram que a técnica de Altemeier é eficaz e segura, com menor tempo de hospitalização e menos dor pós-operatória. Taxa de morbidade em torno de 25% e recidiva entre 10-30% dos casos. A associação de técnicas (fluorescência por indocianina verde e levatorplastia) proporciona redução nas complicações anastomóticas e melhora da continência anal. **Conclusão:** A CA permanece como opção efetiva no manejo do prolapso retal recidivado, especialmente em pacientes idosos ou com comorbidades. A integração entre relato clínico e evidências atuais reforça sua aplicabilidade e o valor de revisitar técnicas consagradas com refinamentos contemporâneos.

Palavras-chave: Prolapso retal. Retossigmoidectomia perineal. Cirurgia de Altemeier.

Referências:

1. Mantzoros I, Brenta A, Bourtzinakou A-A, Kontaxi O, Gemousakakis G, Antoniou N, *et al*. Perineal rectosigmoidectomy (Altemeier's procedure) in the treatment of strangulated rectal prolapse: a case series and literature review. J Pers Med. 2024 Nov 6;14(11):1095.
2. Schabl L, Hull T, Erozkan K, Alipouriani A, Ban KA, Steele SR, *et al*. Ventral mesh rectopexy for recurrent rectal prolapse after Altemeier perineal proctosigmoidectomy: feasibility and outcomes. Langenbecks Arch Surg. 2024;409(1):49.
3. Yamamoto T, Hyakudomi R, Takai K, Taniura T, Uchida Y, Ishitobi K, *et al*. Altemeier perineal rectosigmoidectomy with indocyanine green fluorescence imaging for a female adolescent with complete rectal prolapse: A case report. World J Clin Cases. 2021;9(4):847–853.
4. Roy HM, Baig Z, Karimuddin A, Raval MJ, Brown CJ, Phang PT, *et al*. A comparison of perineal stapled prolapse resection and the Altemeier procedure at two Canadian academic hospitals. Can J Surg. 2023;66(3): E8–E12.
5. Laitakari KE, Makela-Kaikkonen JK, Kairaluoma M, Junttila A, Kossi J, Ohtonen P, *et al*. Redo ventral rectopexy: is it worthwhile? Tech Coloproctol. 2021;25(3):299–307.

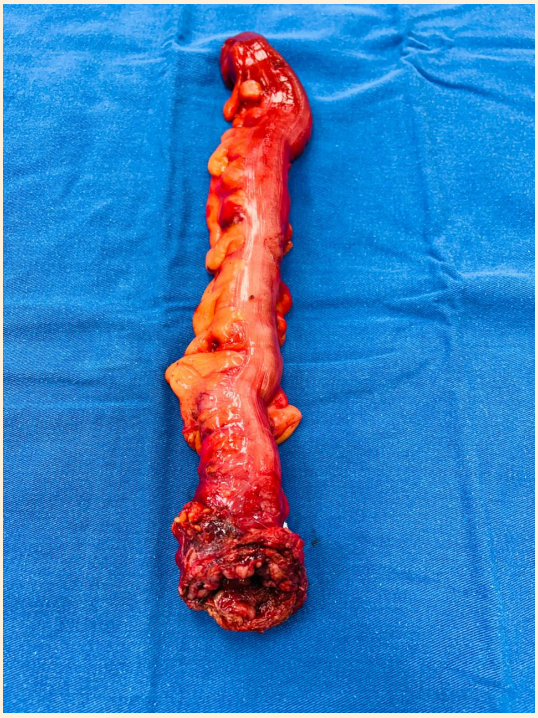
A paciente autorizou o uso de imagem clínica para fins científicos mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com preservação de sua identidade.



Passos da cirurgia de Altemeier
Fonte: The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery



Prolapso visto na posição de decúbito lateral direito
Fonte: Arquivo pessoal do Dr. João Vicente



Retossigmoide removido
Fonte: Arquivo pessoal do Dr. João Vicente

Resumo

CISTO ADRENAL BENIGNO GIGANTE: RELATO DE CASO

Guilherme Weber Fernandes[1] ; Ana Luisa Oliveira Matos[1], Daniela Almeida Rocha[2], Vanessa Alexandra Pereira[3]

1. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2. Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
3. Hospital 9 de Julho / Instituto Oncológico, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Guilherme Weber Fernandes. E-mail: guilhermeweberf@gmail.com

Introdução: Os cistos adrenais são lesões raras da glândula suprarrenal, com incidência estimada entre 0,06% e 0,18% em séries de autópsias e correspondem a cerca de 1% a 2% das massas adrenais[1,2]. O diagnóstico ocorre, em geral, por volta da quarta ou quinta década de vida, com discreto predomínio no sexo feminino[1]. Embora frequentemente assintomáticos e identificados incidentalmente em exames de imagem realizados por outras indicações, cistos de grandes dimensões podem manifestar-se por sintomas decorrentes de efeito compressivo sobre estruturas adjacentes, além de representarem desafio diagnóstico quando se apresentam como massas retroperitoneais volumosas[1,3]. **Objetivos:** Relatar um caso raro de cisto adrenal benigno de grandes dimensões, enfatizando os aspectos diagnósticos, o diagnóstico diferencial das massas retroperitoneais e a conduta cirúrgica adotada. **Relato de Caso:** Mulher de 34 anos apresentava dor abdominal leve em pontada à esquerda há quatro anos, com pirose e plenitude pós-prandial recentes, sem perda ponderal. O exame físico revelou massa palpável indolor em hipocôndrio esquerdo. A tomografia computadorizada mostrou formação cística homogênea, bem delimitada, sem septos ou vegetações, medindo (20,9 × 16,2)cm, com deslocamento de baço, pâncreas, rim esquerdo e compressão de estruturas vasculares retroperitoneais. Optou-se por exérese cirúrgica via incisão xifo-púbica, obtendo-se ressecção completa. O exame anatomopatológico confirmou cisto simples adrenal benigno (21,5 × 17 × 10)cm. O pós-operatório evoluiu sem intercorrências. **Resultados:** A maioria dos cistos adrenais é assintomática e diagnosticada incidentalmente; entretanto, aproximadamente 10% a 20% dos pacientes apresentam sintomas compressivos, como dor abdominal, náuseas, plenitude pós-prandial e perda de apetite[1,2]. Lesões volumosas podem mimetizar tumores retroperitoneais de outras origens, sendo a tomografia computadorizada fundamental para a definição da natureza, localização e relação com estruturas adjacentes[3,4]. O diagnóstico diferencial inclui cistos renais, pancreáticos, esplênicos, mesentéricos e linfangiomatosos[1,2]. De acordo com diretrizes recentes, o tratamento cirúrgico está indicado em pacientes sintomáticos, em lesões maiores que 5 cm ou na presença de achados radiológicos indeterminados, visando prevenir complicações como hemorragia, ruptura, infecção, hipertensão secundária e, raramente, malignização[3,5]. **Conclusão:** Apesar de raros, os cistos adrenais devem ser considerados no diagnóstico diferencial de massas retroperitoneais volumosas. A tomografia é decisiva na avaliação e o tratamento cirúrgico, quando completo, oferece excelente prognóstico.

Palavras-chave: Cistos da Glândula Adrenal. Glândulas Suprarrenais. Tomografia Computadorizada. Adrenalectomia. Massas Retroperitoneais.

Referências:

1. Calissendorff J, Juhlin CC, Sundin A, Bancos I. Adrenal cysts: an emerging condition. Nat Rev Endocrinol. 2023; 19(7):398–406.
2. Dogra P, Sundin A, Juhlin CC, Calissendorff J, Falhammar H, Bancos I. Rare benign adrenal lesions. Eur J Endocrinol. 2023;188(4):407–420.
3. Fassnacht M, Tsagarakis S, Terzolo M, Tabarin A, Sahdev A, Newell-Price J, *et al*. European Society of Endocrinology clinical practice guidelines on the management of adrenal incidentalomas, in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. Eur J Endocrinol. 2023;189(1): G1–G42.
4. Hu J, Kassu R, Titanji B, Kebebew E. Evaluation of adrenal incidentaloma. Surg Clin North Am. 2024;104(4):837–849.
5. Park SS, Kim JH. Recent updates on the management of adrenal incidentalomas. Endocrinol Metab (Seoul). 2023;38(4):373–380.

Foto 1:

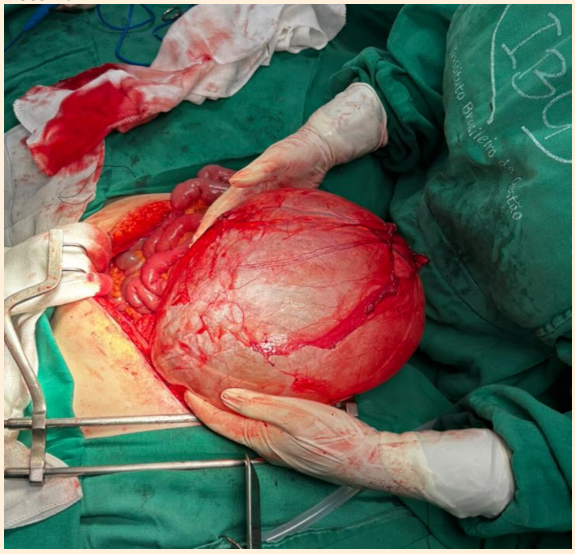


Foto 2:



Foto 1: avaliação intraoperatória do cisto sobre campo cirúrgico
Foto 2: aparência do cisto após ressecção completa

Resumo

COLECISTECTOMIA SUBTOTAL POR VÍDEO PARA TRATAMENTO DE COLECISTITE AGUDA NECROTIZANTE - RELATO DE CASO

Gabriela Campos de Paiva[1] ; Camilo Costa Ferreira[1], Daniella Coelho Vandanezi Sobreira[1], Luiz Henrique Silva Borsato[1]

1- Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora - Brasil
Autor correspondente: Gabriela Campos de Paiva. E-mail: gabipaivamed@gmail.com

Introdução: A colecistite aguda necrotizante (CAN) é uma condição clínica grave em que o processo inflamatório da vesícula biliar evolui para necrose de parede com risco elevado de perfuração do órgão. Mortalidade pode chegar a 30% quando associada à peritonite e sepse. O tratamento consiste em cirurgia associada a antibioticoterapia. **Relato do caso:** Paciente masculino, 77 anos, diabético, hipertenso e vasculopata, apresenta quadro de dor abdominal em quadrante superior direito, irradiada para dorso e febre de 38°C. Início do quadro há 5 dias. Ao exame, paciente desidratado, febril e taquicárdico. Abdome com Sinal de Murphy positivo. Exames laboratoriais mostraram leucocitose com desvio à esquerda, PCR elevada, aumento discreto de enzimas hepáticas. Tomografia do abdome evidenciou sinais de colecistite aguda litiásica com líquido perivesicular. Submetido a colecistectomia por videolaparoscopia após estabilização clínica , sendo identificada necrose na parede da vesícula biliar com pontos de perfuração e intenso processo inflamatório, que impediu a adequada identificação das estruturas do pedículo vesicular. Optou-se pela colecistectomia subtotal, extração do cálculo impactado no infundíbulo vesicular e drenagem da cavidade abdominal. Paciente evoluiu com fístula biliar de baixo débito e apresentou boa evolução clínica com alta no 7DPO. **Discussão:** A CAN é condição clínica grave e a cirurgia está associada a maiores taxas de complicação. A Colecistectomia subtotal consiste na ressecção parcial da vesícula biliar, com preservação do infundíbulo e remoção dos cálculos. É indicada nos casos em que há dificuldade de identificação das estruturas do pedículo vesícula, devido ao processo inflamatório, o que leva a risco elevado de lesão da via biliar principal. **Conclusão:** A CAN necessita de tratamento de urgência e a colecistectomia parcial deve ser considerada em casos selecionados com objetivo de evitar lesão de via biliar principal.
Palavras-chave: Colecistite Aguda. Necrose. Colecistectomia laparoscópica.

Referências:

1. Fang R, Yerkovich S, Chandrasegaram M. Pre-operative predictive factors for gangrenous cholecystitis at an Australian quaternary cardiothoracic centre. ANZ J Surg. 2022 Apr;92(4):781–6.
2. Ganapathi AM, Speicher PJ, Englum BR, Perez A, Tyler DS, Zani S. Gangrenous cholecystitis: a contemporary review. J Surg Res. 2015 Mar 4;197(1):18–24.
3. Önder A, Kapan M, Ülger BV, Oğuz A, Türkoğlu A, Uslukaya Ö. Gangrenous Cholecystitis: Mortality and Risk Factors. Int Surg. 2015;100(2):254–60.

Resumo

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA TRADICIONAL VERSUS COLECISTECTOMIA ROBÓTICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Bernardo Toledo Linares[1] ; Camila Soranço Castilho[1], Wanderley Bertoni Linares[2]

1- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF) – SUPREMA, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2- Faculdade de Medicina da Universidade de Minas (UNIFAMINAS), Muriaé Minas Gerais - Brasil.

Autor correspondente:
Bernardo Toledo Linares.
E-mail: bernardo.linares@aluno.suprema.edu.br

Introdução: A colecistectomia laparoscópica é o padrão-ouro no tratamento da colelitíase, oferecendo menor morbidade e recuperação mais rápida. Com o avanço tecnológico, a cirurgia robótica tem sido introduzida, prometendo maior precisão e ergonomia. No entanto, estudos apontam custos hospitalares significativamente maiores e ausência de diferença relevante nos desfechos clínicos quando comparada à laparoscopia tradicional, tornando essencial avaliar a relação custo-benefício entre as duas técnicas. **Objetivos:** Comparar a colecistectomia laparoscópica e a robótica quanto aos desfechos clínicos e aos custos hospitalares. **Métodos:** Foram pesquisados estudos na base de dados MedLine, utilizando palavras-chave, obtidas no DeCS e aplicados critérios de inclusão e exclusão. As combinações para a frase de pesquisa usaram os seguintes termos: "Colecistectomia por videolaparoscopia"; "Procedimentos cirúrgicos robóticos"; "Cirurgia minimamente invasiva" e "Colelitíase". Analisados ensaios clínicos controlados, realizados em humanos, nos últimos 10 anos, em língua inglesa. Foram incluídos estudos que compararam os desfechos clínicos e os custos hospitalares entre as cirurgias laparoscópicas e robóticas no contexto de colecistectomia. Foram excluídos estudos com métodos pouco claros ou mal descritos, e não diretamente relacionados ao tema. A escala PRISMA[3] foi utilizada no intuito de sistematizar o relato desta revisão. **Resultados:** Inicialmente, foram encontrados 68 estudos e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 5 artigos fizeram parte do escopo e análise final. A colecistectomia robótica apresentou maior taxa de lesão de via biliar (0,4–0,7%) em comparação à laparoscópica (0,2%), sem diferença nas complicações gerais ou tempo de internação. Embora algumas séries mostrem menor readmissão e conversão para laparotomia, o custo hospitalar é 20–50% superior, sem evidência de benefício clínico que justifique o investimento adicional. **Conclusão:** A colecistectomia robótica é segura, mas não mostra superioridade clínica frente à laparoscópica, apresentando custos mais altos e benefício limitado no desfecho clínico.

Palavras-chave: Colecistectomia por videolaparoscopia. Procedimentos cirúrgicos robóticos. Cirurgia minimamente invasiva. Colelitíase.

Referências:

1. Breitenstein S, Nocito A, Puhan M, Held U, Weber M, Clavien P-A. Robotic-assisted versus laparoscopic cholecystectomy: outcome and cost analyses of a case-matched control study. Ann Surg. 2008 Jun;247(6):987-93.
2. Tang K, Zhou W, Zhou Y, Li Y, Liao L, Dong X. Robotic-assisted versus conventional/single-incision laparoscopic cholecystectomy for benign gallbladder disease: a systematic review and meta-analysis. Medicine. 2025;104(21):e42493.
3. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, *et al*. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. PLoS Med. 2009; 6(7): e1000100.

Resumo

EFICÁCIA DAS TERAPIAS A LASER NO TRATAMENTO DE CICATRIZES HIPERTRÓFICAS E QUELOIDES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Matheus Costa Bordim[1] ; Valentina Ribeiro Pereira[1], Dalmara Simplicio de Oliveira[2]

1. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF – SUPREMA), Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2. Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ), Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Matheus Costa Bordim. E-mail: matheuscostabordim@outlook.com

Introdução: Cicatrizes hipertróficas e queloides representam desafios estéticos e funcionais envolvidos com espessamento, alteração da coloração, dor e prurido. Terapias a laser mostram-se promissoras na melhora desses parâmetros, especialmente quando combinadas a tratamentos adjuvantes. **Objetivos**: Avaliar a eficácia das terapias a laser no tratamento de cicatrizes hipertróficas e queloides, considerando desfechos clínicos como espessura, largura, vascularização e aparência estética. Métodos: Foram analisados ensaios clínicos controlados e randomizados publicados nos últimos 10 anos, através das bases de dados National Library Of Medicine (MedLine) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Foram incluídos estudos que envolveram pacientes com cicatrizes decorrentes de queimaduras ou cirurgias, tratados com laser fracionado de CO_2, laser de corante pulsado 595 nm ou laser picosegundo 1064 nm, isoladamente ou combinado a corticoterapia intralesional. Foram excluídos estudos com: métodos mal descritos, texto completo indisponível, aplicação em animais e estudos observacionais. A escala PRISMA foi utilizada para sistematizar o relato. Os desfechos avaliados incluíram alterações na espessura, largura, vascularização, aparência estética e satisfação do paciente. **Resultados**: De forma geral, as terapias a laser promoveram reduções significativas na espessura e largura das cicatrizes (p=0,02–0,03), com melhora estética percebida pelo paciente e pelo avaliador. O uso combinado de laser e corticoterapia intralesional demonstrou efeitos adicionais, especialmente em cicatrizes hipertróficas pós-mastectomia e pós-cirúrgicas, e o laser picosegundo 1064 nm mostrou redução significativa da largura e espessura em cicatrizes pós-mamoplastia (p<0,01). Também foram observadas melhorias na vascularização e textura, com efeitos adversos mínimos relatados nos estudos. **Conclusão**: As terapias a laser, isoladas ou associadas a corticoterapia intralesional, representam estratégias potenciais no tratamento de cicatrizes hipertróficas e queloides, com significância estatística nos principais desfechos clínicos. Estudos futuros com seguimento mais prolongado e padronização de protocolos são necessários para consolidar recomendações terapêuticas e otimizar resultados estéticos e funcionais.

Palavras-chave: Cicatriz Hipertrófica. Queloide. Terapia a Laser.

Referências:

1. Rutnin S. Sakpuwadol N. Yongpisarn T. Pomsoong C. Namasondhi A. Rattananukrom T. *et al.* Efficacy of Combined 595-nm Pulsed Dye Laser and Intralesional Corticosteroids Versus Intralesional Corticosteroids Alone for Treating Postmastectomy Hypertrophic Scars and Keloids in Transgender Men: A Randomized Controlled Trial. J Cosmet Dermatol. 2025; 24(3): e70029.
2. Younes B, Mandour E, Soliman Hashish M, Gamal Shoukr T. The efficacy of fractional CO2 laser with or without triamcinolone acetonide or 5-fluorouracil in the treatment of early postburn hypertrophic scars. Lasers Med Sci. 2025; 40(1):33.
3. Manuskiatti W, Kaewkes A, Yan C, Ng JN, Glahn JZ, Wanitphakdeedecha R. Hypertrophic Scar Outcomes in Fractional Laser Monotherapy Versus Fractional Laser-Assisted Topical Corticosteroid Delivery: A Randomized Clinical Trial. Acta Derm Venereol. 2021;101(3): adv00416.
4. Pires JA, Bragato EF, Momolli M, Guerra MB, Neves LM, Oliveira Bruscagnin MA, *et al.* Effect of the combination of photobiomodulation therapy and the intralesional administration of corticoid in the preoperative and postoperative periods of keloid surgery: A randomized, controlled, double-blind trial protocol study. PLoS One. 2022;17(2): e0263453.
5. Thongjaroensirikul P, Abad-Constantino RMR, Wongdama S, Lohsiriwat V, Manuskiatti W. Long-term efficacy and safety of fractional 1064-nm picosecond laser for minimization of post-mammoplasty scar in Asians: a prospective randomized controlled study. Arch Dermatol Res. 2025;317(1): 784.

Resumo

CPRE vs EUS-BD COMO PRIMEIRA ESCOLHA NA DMBO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Gabriela Vieira Botelho[1], Isabela Meireles Oliveira Felisberto[1], Caio Sachetto Toledo Bellini[1], Miguel Eduardo Guimarães Macedo[1]

1- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil.

Autor correspondente: Gabriela Vieira Botelho. E-mail:gabi002botelho@gmail.com

Introdução: A Colangeopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) é o padrão na drenagem de obstruções malignas distais (DMBO), porém pode ocorrer pancreatite pós CPRE (PEP). Já a drenagem biliar guiada por endoscopia (EUS-BD) evita o uso da papila no procedimento, o que reduz casos de PEP. Ensaios recentes comparam CPRE e EUS-BD para primeira escolha. **Objetivos:** Avaliar se EUS-BD foi superior/equivalente a CPRE em resultados, disfunção do stent ~ 1 ano, sucesso clínico e complicações como PEP. **Métodos:** Foram analisados Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados, publicados em inglês, nos últimos 7 anos e em humanos, tendo como referência a base de dados MedLine. A busca pelos descritores e termos foi efetuada mediante consulta ao MeSH e DeCS, sendo os utilizados: *"Endoscopic Ultrasound-Guided Biliary Drainage", "Retrograde Cholangiopancreatography Pancreatitis" e "Malignant distal biliary obstruction"*. Critério: inclusão de ECRs comparando EUS-BD vs CPRE como primeira linha; exclusão de EUS-BD após falha da CPRE. A escala PRISMA[1] foi utilizada para sistematizar o relato desta revisão. **Resultados:** Inicialmente foram encontrados cinco estudos e após os critérios restaram quatro que fizeram parte da análise final. Foram incluídos 487 indivíduos adultos. Todos os artigos indicaram que a eficácia clínica é equivalente na CPRE e EUS-BD. A disfunção do stent em ~1 ano foi semelhante (~9,6-9,9%) (P=0,96). O sucesso técnico favoreceu a EUS-BD nos ensaios recentes (96,2% vs 76%) e nos demais ensaios foi não inferior . O tempo de procedimento foi menor com EUS-BD (~10-14 min), já na CPRE (~23-25min). No quesito segurança as duas técnicas foram similares1, contudo, a EUS-BD obteve menos reintervenção e PEP5. **Conclusão:** Estudos demonstram que o desempenho clínico é equivalente na CPRE e EUS-BD, sendo primeira linha na DMBO . Além disso, houve vantagem para EUS-DB, com maior sucesso técnico, tempo de procedimento reduzido e menos reintervenções, já a segurança foi similar.

Palavras-chave: Ultrassonografia Endoscópica. Colangeopancreatografia Retrógrada Endoscópica. Obstrução das Vias Biliares. Stents. Pancreatite. Drenagem Biliar.

Referências:

1. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al*. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
2. Park JK, Woo YS, Noh DH, Yang J-I, Bae SY, Yun HS, *et al*. Efficacy of EUS-guided and ERCP-guided biliary drainage for malignant biliary obstruction: prospective randomized controlled study. Gastrointest Endosc. 2018;88(2):277-282.
3. Chen YI, Sahai AV, Donatelli G, Lam E, Forbes N, Mosko J, *et al*. Endoscopic ultrasound–guided biliary drainage of first intent with lumen-apposing metal stent vs ERCP in malignant distal biliary obstruction (ELEMENT Trial). Gastroenterology. 2023;165(5):1249-1261.e5
4. Teoh AYB, Napoleon B, Kunda R, Arcidiacono PG, Kongkam P, Larghi A, *et al*. EUS-Guided Choledocho-duodenostomy Using Lumen Apposing Stent Versus ERCP With Covered Metallic Stents in Patients With Unresectable Malignant Distal Biliary Obstruction: A Multicenter Randomized Controlled Trial (DRA-MBO Trial). Gastroenterology. 2023;165(2):473-482.e2.
5. Paik WH, Lee TH, Park DH, Choi J-H, Kim S-O, Jang S, *et al*. EUS-guided biliary drainage versus ERCP for the primary palliation of malignant biliary obstruction: a multicenter randomized clinical trial. Am J Gastroenterol. 2018;113(7):987-997.

Resumo

DE MILES À ROBÓTICA: A EVOLUÇÃO CENTENÁRIA DA RESSECÇÃO ABDOMINOPERINEAL E SEUS PRINCÍPIOS NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER RETAL

Lorena Cassimiro de Oliveira[1], Isabela Cavalcante de Negreiros[1], Matheus Henrique Alves Ferreira[1], Mauro Toledo Sirimarco[2]

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

Autor correspondente: Lorena Cassimiro de Oliveira. E-mail: lorena.cassimiro@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O câncer retal (CaR), historicamente, impôs grandes desafios, com altas taxas de recidiva local. A ressecção abdominoperineal (RAP), introduzida por William Miles, em 1908, representou um marco ao estabelecer a radicalidade cirúrgica como princípio fundamental. Essa abordagem, evoluindo por mais de um século, pavimentou o caminho para técnicas minimamente invasivas, mantendo a finalidade da cura oncológica. **OBJETIVOS:** Analisar a trajetória da RAP de Miles e discutir como os princípios oncológicos e anatômicos estabelecidos influenciaram o desenvolvimento das abordagens minimamente invasivas, como laparoscopia e cirurgia robótica, no tratamento do CaR. **MÉTODOS:** Realizou-se uma revisão narrativa, na base de dados PubMed, com os descritores DeCS/MeSH: "Ressecção Abdominoperineal", "Câncer retal", "Procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos", combinados com o operador booleano AND. Consideraram-se trabalhos em inglês, gratuitos e publicados nos últimos 5 anos, do tipo revisão de literatura e revisão sistemática. **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:** As observações de Miles sobre recidivas em pacientes após ressecções perineais, em peritônio pélvico, mesocólon e linfonodos, levaram-no a propor uma abordagem radical baseada na "disseminação tumoral cilíndrica". A RAP revolucionou o tratamento do CaR ao promover excisão em bloco do reto, ânus e tecidos adjacentes por via combinada, abdominal e perineal, remoção tumoral e drenagem linfática. Apesar de alta mortalidade e resistência da comunidade cirúrgica, os princípios de Miles foram validados e refinados com o advento da excisão total do mesorreto e abordagens minimamente invasivas, como a laparoscopia e a cirurgia robótica, que permitiram aplicação dos mesmos princípios oncológicos com menor morbidade, representando a evolução natural da técnica de Miles para a atualidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A RAP foi fundamental ao estabelecer os primórdios do tratamento curativo do CaR e seus princípios de ressecção oncológica radical permanecem válidos, servindo de base para refinamentos técnicos e potencializados por abordagens modernas, como a cirurgia robótica, reafirmando o legado pioneiro de Miles.

Palavras-chave: Ressecção Abdominoperineal. Câncer retal. Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos.

Referências:

1. Campos FG. The life and legacy of William Ernest Miles (1869-1947): a tribute to an admirable surgeon. Rev Assoc Méd Bras. 2013; 59(2): 181-185.
2. Campos FG, Habr-Gama A, Nahas SC, Perez RO. Abdominoperineal excision: evolution of a centenary operation. Dis Colon Rectum. 2012; 55(8): 844-853.
3. Krause U, Pahlman L, Thorén L. Abdominoperineal Excision. World Journal of Surgery. 1982; 6: 549-553.
4. Mathew AP, Wagh MS. Abdominoperineal Excision in current era. Cancer Treat Res Commun. 2022; 32: 100580.
5. Ungley HG. Gordon. The abdominoperineal excision (Miles' operation). Proc R Soc Med. 1959; 52(suppl)(suppl 1): 36-40.

Resumo

DIFERENÇAS DE GÊNERO NOS DESFECHOS PERIOPERATÓRIOS EM CIRURGIAS DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Ana Carla Miranda Oliveira Muniz[1], Thiago Henrique Guimarães Pereira[1], Rafaeli Siqueira Romanelli[1], Gabriel Antonio de Souza Muniz[2]

1. Faculdade Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC/JF), Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil.
2. Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, São Paulo – Brasil.

Autor correspondente: Ana Carla Miranda Oliveira Muniz. E-mail: anacarlamoliveira13@gmail.com

Introdução: As doenças cardiovasculares isquêmicas permanecem a principal causa de morte global segundo a OMS. Apesar dos avanços em saúde, a mortalidade cardiovascular ainda é maior entre as mulheres, especialmente no perioperatório. Assim, torna-se relevante comparar desfechos perioperatórios entre os gêneros em cirurgias de revascularização miocárdica, avaliando fatores clínicos, laboratoriais e complicações pós-operatórias. **Métodos:** Estudo observacional, de coorte transversal, envolvendo 1.230 pacientes (361 mulheres e 869 homens) submetidos à revascularização miocárdica no Hospital Estadual Mário Covas, entre janeiro/2020 e setembro/2024. Avaliamos: tabagismo, diabetes mellitus (DM), dislipidemia, hemoglobina pré-operatória (Hb-pré), disfunção ventricular grave, necessidade transfusional, insuficiência renal aguda (IRA), acidente vascular cerebral (AVC), infecções e mortalidade. **Resultados:** Não houve diferença significativa entre os gêneros para tabagismo (35,8% vs. 34,8%), obesidade (22,0% vs. 18,6%), dislipidemia (34,0% vs. 30,4%), DM (47,0% vs. 41,0%) ($p>0,05$) e a disfunção ventricular grave também foi semelhante (3,6% vs. 3,7%; $p>0,05$). Contudo, mulheres apresentaram maior necessidade de transfusão (33,8% vs. 15,3%; $p<0,05$), pode ser atribuído a menores níveis de Hb-pré nessa população (11,7 ± 1,74 vs. 12,77± 1,92; $p<0,05$), e maior mortalidade (13,0% vs. 4,7%; $p<0,05$). A incidência de AVC (2,2% vs. 1,1%) e IRA (16,3% vs. 14,0%) foi superior entre mulheres, embora sem significância estatística ($p>0,05$). **Discussão:** O sexo feminino é sub-representado em estudos cirúrgicos, dificultando a compreensão de suas especificidades. Achados recentes, corroborados por este estudo, indicam que mulheres apresentam menor Hb-pré, maior necessidade transfusional, mais infecções e mortalidade elevada — fatores que sugerem maior vulnerabilidade fisiológica ao estresse cirúrgico. Embora não haja diferença estatística para IRA e AVC, as tendências observadas reforçam a importância de monitoramento rigoroso. **Conclusão:** O sexo feminino pode representar fator de risco independente para piores desfechos em cirurgia cardiovascular, indicando a necessidade de estratégias pré e pós-operatórias específicas, com correção de anemia e vigilância intensiva de complicações infecciosas, renais e neurológicas.

Palavras-chave: Revascularização miocárdica. Sexo feminino. Mortalidade hospitalar.

Referências:

1. Bai C, Wang J, Ye Q, Zhao C. As Mulheres estão Associadas a Menores Riscos de Mortalidade a Longo Prazo em Pacientes Submetidos à Revascularização do Miocárdio sem Circulação Extracorpórea. Arq. Bras. Cardiol. 2024;121(12):e20240221.
2. Goncharov M, Silva EOA, Silva PGMB, Freitas FL, Moreira AC, Tramujas L, *et al*. O Sexo Feminino está Associado à Mortalidade na Cirurgia de Revascularização do Miocárdio?. Arq. Bras. Cardiol. 2025;122(5): e20240664.
3. Organização Mundial da Saúde (WHO). The top 10 causes of death [Internet]. Geneva: WHO; 2024 Aug 7 [cited 2025 Oct 18]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death
4. Ballmoos MCW, Kaneko T, Iribarne A, Kim KM, Arghami A, Fiedler A, *et al*. The Society of Thoracic Surgeons Adult Cardiac Surgery Database: 2023 update on procedure data and research. Ann Thorac Surg. 2024;117(2):260–70.

Resumo

COMPARAÇÃO ENTRE DESFECHOS DE ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA VERSUS HEPATECTOMIA EM CASOS DE CARCINOMA HEPATOCELULAR: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Vitor Knopp de Menezes Oliveira[1] ; Diogo Campos Giffoni[1], Lucas Souza Carmagnini[1], Márcio José de Moraes Oliveira[2]

1- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde SUPREMA, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2- Santa Casa de Misericórdia, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
Autor correspondente: Vitor Knopp de Menezes Oliveira. E-mail: knoppvitor@gmail.com

Introdução: Carcinoma hepatocelular (CHC) é uma neoplasia primária do fígado de alta incidência e mortalidade. Este estudo revisa a literatura comparando desfechos clínicos da ablação por radiofrequência (RFA) e da hepatectomia (SR) no tratamento dessa condição. **Objetivos:** Comparar desfechos entre ablação por radiofrequência versus hepatectomia em casos de Carcinoma Hepatocelular, buscando avaliar se há vantagem em algum método. **Métodos / Relato de Caso:** Comparar desfechos entre ablação por radiofrequência versus hepatectomia em casos de Carcinoma Hepatocelular, buscando avaliar se há vantagem em algum método. **Resultados:** Os estudos demonstram consistentemente a não inferioridade da RFA em relação a SR e vice-versa. Todos os ensaios analisados corroboraram para tal análise. O ensaio SURF-RCT (n=302) não mostrou superioridade da cirurgia, com sobrevida global (SG) em 5 anos de 74,6% (SR) vs. 70,4% (RFA) (P=0,84) e sobrevida livre de recorrência (SLR) de 42,9% vs. 42,7% (P=0,84)1. Outro RCT (n=150) corroborou estes achados, sem diferenças significativas em SG (P=0,451) ou SLR (P=0,189) 2. Além disso, outro estudo (n=218) corrobora com os achados, ou seja, não encontrou diferenças em SG (P=0,531) ou SLR (P=0,072) 3. Mesmo em CHC recorrente (n=210), a TACE-RFA demonstrou sobrevida semelhante à SR (P=0,26), mas com menos complicações (24% vs. 41%; P=0,01). A RFA também esteve associada a menor tempo de internação e perda sanguínea.4**Conclusão:** Múltiplos ensaios clínicos randomizados indicam equivalência nos resultados oncológicos de longo prazo (sobrevida global e livre de recorrência) entre as principais modalidades de tratamento para o CHC pequeno.

Palavras-chave: Hepatocellular Carcinomas. Hepatectomy. Radiofrequency Ablation.

Referências:

1. Kawaguchi Y, Hasegawa K, Kashiwabara K, Okamura Y, Kurosaki M, Kudo M, *et al*. Surgery Versus Ablation for Hepatocellular Carcinoma: A Randomized Controlled Trial (SURF-RCT Trial) and a Nonrandomized Prospective Observational Trial (SURF-Cohort Trial). J Clin Oncol. 2025 Aug 10;43(23):2628-2638.
2. Song J, Cao L, Ma K, Li J, Wang X, Chen J, *et al*. Laparoscopic liver resection versus radiofrequency ablation for small hepatocellular carcinoma: randomized clinical trial. Br J Surg. 2024 Apr 3;111(4):znae099.
3. Ng KKC, Chok KSH, Chan ACY, Cheung TT, Wong TCL, Fung JYY, *et al*. Randomized clinical trial of hepatic resection versus radiofrequency ablation for early-stage hepatocellular carcinoma. Br J Surg. 2017 Dec;104(13):1775-1784.
4. Zhang YJ, Chen J, Zhou Z, Hu D, Wang J, Pan Y, *et al*. Transarterial Chemoembolization with Radiofrequency Ablation versus Surgical Resection for Small Late-Recurrence Hepatocellular Carcinoma. Radiology. 2025 Feb;314(2):e241096.

Resumo

ESTENOSE IATROGÊNICA DAS VIAS BILIARES - RELATO DE CASO

Giullia Monteiro Vilela[1], Stephany Gonçalves Nogueira de Souza[1], Renata Sydio de Souza[1], José Otávio Guedes Junqueira[1]

1. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil.

Autor correspondente: Giullia Monteiro Vilela. E-mail: giulliavilela31@gmail.com

INTRODUÇÃO: A estenose biliar iatrogênica representa complicação relevante e potencialmente grave, sobretudo após colecistectomia laparoscópica. Embora rara, com incidência entre 0,4% e 1,5%, considerando o total de procedimentos biliares, constitui intercorrência significativa. Frequentemente desconhecida intraoperatoriamente, manifesta-se por icterícia, dor abdominal, febre e colangite recorrente. Manejo inclui CPRE, radiologia intervencionista ou cirurgia, visando prevenir cirrose secundária, insuficiência hepática, óbito e preservar qualidade de vida[5]. **RELATO DE CASO:** Masculino, 56 anos, hipertenso, com coledocolitíase previamente tratada por CPRE, sem sucesso na extração do cálculo. Evoluiu com colestase e foi submetido à colecistectomia videolaparoscópica com coledocotomia. Posteriormente, nova CPRE com retirada de prótese não preveniu episódios recorrentes de síndrome colestática. Exames laboratoriais evidenciaram elevação de bilirrubinas e PCR. Colangiorressonância mostrou dilatação das vias biliares, estenose abrupta no colédoco e microcálculos, compatível com estenose biliar iatrogênica benigna, Strasberg-Bismuth E2. Perante falha terapêutica endoscópica, realizou-se hepaticojejunostomia em Y de Roux, com alta no sétimo dia e acompanhamento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** A estenose biliar iatrogênica decorre, geralmente, de trauma ou secção do ducto biliar principal, levando à inflamação crônica, fibrose e colestase progressiva. Manifesta-se com icterícia colestática, dor abdominal e febre, compondo tríade de Charcot; nos casos graves, confusão mental e hipotensão configuram pentade de Reynolds. A colangiorressonância magnética constitui método mais preciso para determinar topografia e extensão da lesão, orientando tratamento4. No caso descrito, classificado como Strasberg–Bismuth E2, observa-se secção do ducto hepático comum a menos de 2 cm da confluência biliar, com coto proximal passível de reconstrução. Manejo deve ser conduzido por especialistas, com controle infeccioso e restauração do fluxo biliar. A hepaticojejunostomia em Y de Roux representa tratamento de escolha, restabelecendo drenagem eficaz e minimizando recorrências. **CONCLUSÃO:** A hepaticojejunostomia em Y de Roux permanece padrão-ouro no tratamento das estenoses biliares benignas, com sucesso dependente de diagnóstico preciso, correta classificação e expertise cirúrgica.

Palavras-chave: Ductos Biliares. Constrição Patológica. Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Biliar.

Referências:

1. Fonseca Neto OCL, Perez MI, Lopes VGP. Lesões iatrogênicas das vias biliares: diagnóstico e manejo. Rev Med (São Paulo). 2023;102(2):e-196909.
2. Peng B, Zhang J, Xiang Y. Mechanisms of biliary stricture and novel therapeutic strategies. Front Med (Lausanne). 2025;12:1609461.
3. Katariya N, Mathur AK. Biliary Strictures: A Surgeon's Perspective for Interventional Radiologists. Semin Intervent Radiol. 2021;38(3):273–279.
4. Elmunzer BJ, Maranki JL, Gómez V, Tavakkoli A, Sauer BG, Limketkai BN, *et al.* ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Biliary Strictures. Am J Gastroenterol. 2023;118(3):405-426.
5. de'Angelis N, Catena F, Memeo R, Coccolini F, Martínez- Pérez A, Romeo OM, *et al.* 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. World J Emerg Surg. 2021;16(1):30.

Resumo

HÉRNIA UMBILICAL E DIÁSTASE DE RETOS ABDOMINAIS: FISIOPATOLOGIA, TRATAMENTO E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS

Ivens Murad Garcia Magalhães[1] ; Arthur Gabriel Silva Borba[1], Maria Eduarda Campos Lage Vieira[1], Cirênio de Almeida Barbosa[2]

1. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Brasil.
2. Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto/MG, Colégio Brasileiro de Cirurgiões-TCBC, Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo – TECAD; Fundação de Pesquisa e Ensino em Cirurgia (FUPEC), Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Ivens Murad Garcia Magalhães. E-mail: garciaivens@gmail.com

Introdução: A hérnia umbilical (HU) e a diástase dos retos abdominais (DRA) são condições frequentes que afetam a parede abdominal, comprometendo a função musculoesquelética e a qualidade de vida dos pacientes. A HU ocorre quando o conteúdo intra-abdominal se projeta através do anel umbilical. A DRA caracteriza-se pelo afastamento excessivo dos músculos retos devido ao enfraquecimento da linha alba. Ambas se relacionam à gestação, à obesidade, ao envelhecimento e à fraqueza do tecido conjuntivo. **Objetivos:** Revisar os aspectos clínicos, diagnóstico e indicações cirúrgicas para essas condições, oferecendo um panorama atualizado sobre as melhores abordagens terapêuticas. **Métodos:** Realizou-se uma revisão narrativa da literatura sobre o reparo de hérnias umbilicais, abrangendo publicações entre 2017 e 2025. A busca foi conduzida nas bases PubMed, SciELO, JAMA Surgery e em guidelines internacionais, utilizando os descritores *"umbilical hernia"*, *"hernia repair"*, *"pathophysiology"* e *"postoperative complications"*. Foram incluídos estudos originais, revisões e diretrizes em português e inglês que abordassem fisiopatologia, técnicas cirúrgicas e resultados clínicos, excluindo-se relatos de caso e artigos incompletos. A análise dos achados foi descritiva e comparativa. **Resultados:** O tratamento é conservador para HU pequenas (<2 cm) e DRA <3 cm assintomáticas. A cirurgia é indicada para HU >2 cm ou sintomática, devido ao risco de encarceramento, e para DRA >3 cm sintomática (por fraqueza e dor). A videocirurgia (laparoscopia) é a técnica recomendada por ter recuperação mais rápida e menor taxa de complicações. A plicatura dos retos é a técnica principal
para DRA sintomática. As principais complicações pós-operatórias são: recidiva (30%), sendo maior na cirurgia aberta sem tela; seroma (25%), mais comum em cirurgias abertas; dor crônica (20%), ligada à tensão na sutura e infecção (15%), sendo rara na laparoscopia. **Conclusão:** A escolha da técnica cirúrgica deve ser personalizada, balanceando riscos e benefícios para garantir o melhor resultado funcional e estético ao paciente.

Palavras-chave: Hérnia Umbilical. Diástase dos Retos Abdominais. Técnicas de Sutura. Cirurgia Videoassistida.

Referências:

1. Henriksen NA, Montgomery A, Kaufmann R, Berrevoet F, East B, Fischer J, *et al*. Guidelines for treatment of umbilical and epigastric hernias from the European Hernia Society and Americas Hernia Society. Br J Surg. 2020;107(3):171–190.
2. Holt AC, Bamarni S, Leslie SW. Umbilical hernia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [acesso em 2025 Oct 28]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459312/
3. Shankar DA, Itani KMF, O'Brien WJ, Sanchez VM. Factors associated with long-term outcomes of umbilical hernia repair. JAMA Surg. 2017;152(5):461–466.
4. Claus CMP, Oliveira FMM, Furtado ML, Azevedo MA, Roll S, Soares G, *et al*. Orientações da Sociedade Brasileira de Hérnia (SBH) para o manejo das hérnias inguinocrurais em adultos. Rev Col Bras Cir. 2019;46(4):e20192226.
5. Barbosa CA, Ferreira CE, Horst Neto L, Santos GM, Tannús LMS. Hérnia umbilical e diástase dos retos abdominais: aspectos clínicos, diagnóstico e indicações cirúrgicas. Braz J Integr Health Sci. 2025;7(4): 932-940.

Resumo

HEMORROIDECTOMIA EXCISIONAL COM LASER DE CO2: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA DOR PÓS-OPERATÓRIA, CICATRIZAÇÃO E EVIDÊNCIAS ATUAIS

Lucas Henrique Costa Morais[1] ; Thomás Alvim Mendonça Borges de Almeida[1], Gabriela Karen Dias Martins[2], Cristiane de Souza Bechara Mota[3]

1 - Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2 - Faculdade de Medicina de Ciência Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA/JF (FCMS/JF), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
3 - Universidade Federal de Juiz de Fora; Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Lucas Henrique Costa Morais. E-mail: lucasmorais.ufjf@gmail.com

Introdução:A hemorroidectomia excisional (HE) é o padrão-ouro para hemorroidas graus III/IV, mas sua eficácia é acompanhada por dor pós-operatória (PO) intensa. Embora técnicas menos invasivas (TLI) apresentem menor dor, elas têm maior recorrência e falham em tratar o componente externo (plicomas). A HE com laser de CO2 surge como alternativa para hemorróidas mistas, buscando unir a eficácia excisional à redução da morbidade. **Objetivos:** Analisar a literatura científica sobre a HE com laser de CO2, focando nos desfechos de dor pós-operatória, cicatrização e satisfação do paciente. **Métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, selecionando Ensaios Clínicos Randomizados (ECRs) e estudos prospectivos que compararam a HE com laser de CO2 (técnica de Milligan-Morgan) versus métodos convencionais (bisturi frio ou diatermia). **Resultados:** A análise revelou ECRs conflitantes. Chia *et al.* (1995), usando 20W, reportou dor PO significativamente menor no grupo laser versus diatermia. Contudo, Pandini *et al.* (2006), com 30W, não encontrou diferença na dor (VAS) versus bisturi frio, relatando pior dor na primeira evacuação. Meta-análises sobre o tema são limitadas por agruparem diferentes tipos de lasers. Estudos focados em plicomas mostram baixa dor e alta satisfação (97,5%), reforçando a indicação da técnica para pacientes com queixas externas (HH mistas) que buscam os benefícios da excisão com menor dor. **Conclusão:** A literatura sobre HE com laser de CO2 é inconclusiva, com ECRs antigos mostrando resultados opostos, possivelmente devido às diferentes potências (20W vs 30W) e modos de aplicação. A percepção clínica atual é que baixas potências e o modo pulsado, diferentemente das metodologias antigas, reduzem o dano térmico, a dor e melhoram a cicatrização. Existe uma clara lacuna na literatura, urgindo novos ECRs que avaliem a técnica moderna de laser de CO2 contra os padrões atuais.

Palavras-chave: Hemorroidectomia. Lasers de Gás. Dor Pós-Operatória.

Referências:

1. Hawkins AT, Davis BR, Bhama AR, Fang SH, Dawes AJ, Feingold DL, *et al.* The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 2024;67(5):614-623.
2. Chia YW, Darzi A, Speakman CT, Hill AD, Jameson JS, Henry MM. CO2 laser haemorrhoidectomy – does it alter anorectal function or decrease pain compared to conventional haemorrhoidectomy? Int J Colorect Dis. 1995;10:22-24.
3. Pandini LC, Nahas SC, Nahas CSR, Marques CFS, Sobrado CW, Kiss DR. Surgical treatment of haemorrhoidal disease with CO2 laser and Milligan-Morgan cold scalpel technique. Colorectal Dis. 2006;8(7):592-595.
4. Simillis C, Thoukididou SN, Slesser AAP, Rasheed S, Tan E, Tekkis PP. Systematic review and network meta-analysis comparing clinical outcomes and effectiveness of surgical treatments for haemorrhoids. Br J Surg. 2015;102(13):1603-1618.
5. Frota ACRV, Araújo KO, Celeghini PD, Lima GF, de la Cruz DP, Campos T. Assessment of Level of Satisfaction, Pain, and Postoperative Healing in Patients Undergoing Outpatient Clinic CO2 Laser Anal Skin Tag Resection with Topical and Injectable Local Anesthesia. J Coloproctol. 2025;45(1).

Resumo

IMPACTO DA MICROBIOTA INTESTINAL NOS RESULTADOS CIRÚRGICOS DO CÂNCER COLORRETAL

Luísa de Oliveira Soares Sevenini[1] ; Mariana Machado Clavelari[1], Mila Menezes Rafael Resende [1], Miguel Eduardo Guimarães Macedo [1]

1- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde-SUPREMA, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Luísa de Oliveira Soares Sevenini. E-mail: seveniniluisa@gmail.com

Introdução: A microbiota intestinal atua como elemento determinante nos resultados cirúrgicos do câncer colorretal, modulando inflamação, integridade epitelial e remodelação tecidual, aspectos essenciais à cicatrização anastomótica. Dietas ricas em fibras restauram comunidades benéficas e reduzem complicações pós-operatórias. A disbiose perioperatória, decorrente de preparo intestinal, antibióticos e terapias oncológicas, altera o equilíbrio luminal e favorece microrganismos colagenolíticos associados a falhas mecânicas. **Objetivos:** Compreender a influência da microbiota intestinal sobre os resultados cirúrgicos do câncer colorretal, com ênfase na cicatrização anastomótica e resposta imunoinflamatória. **Métodos:** Foram analisados ensaios clínicos controlados e randomizados, publicados em inglês, dos últimos 10 anos, em humanos, na base MedLine. Os descritores consultados no MeSH foram: *surgery, colorectal cancer, gut microbiota*. Foram incluídos estudos que avaliaram a relação entre a microbiota intestinal e os resultados de cirurgias colorretais. Foram excluídos artigos que abordaram outros tipos de cirurgia ou sem ligação direta com a microbiota. A escala PRISMA foi utilizada para sistematizar a revisão. **Resultados:** Inicialmente, foram encontrados 56 estudos e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 5 artigos fizeram parte do escopo. A composição da microbiota determinou a resposta imunológica e o processo de regeneração da mucosa, afetando diretamente a incidência de vazamentos anastomóticos e os desfechos oncológicos pós-operatórios[1]. Consórcios produtores de ácidos graxos de cadeia curta, como o butirato, fortaleceram junções epiteliais e controlaram a inflamação ($p<0,05$). Perfis disbióticos associaram-se a maior vulnerabilidade estrutural, sugerindo biomarcadores perioperatórios para monitorar risco de falha anastomótica. Intervenções dietéticas direcionadas, quando integradas a protocolos de recuperação acelerada, preservaram a diversidade do microbioma e aumentaram a resistência cicatricial, reforçando a relevância da modulação ecológica. **Conclusão:** A microbiota intestinal impacta os resultados cirúrgicos do câncer colorretal. Modelos preditivos personalizados favorecem cicatrização e reduzem complicações.
Palavras-chave: Microbiota Intestinal. Câncer Colorretal. Cicatrização Anastomótica.

Referências:

1. Hajjar R, Oliero M, Fragoso G, Ajayi AS, Alaoui AA, Rendos HV, *et al*. Modulating Gut Microbiota Prevents Anastomotic Leak to Reduce Local Implantation and Dissemination of Colorectal Cancer Cells after Surgery. Clin Cancer Res. 2024;30(3):616-28.
2. Park JC, Im S-H. Of men in mice: the development and application of a humanized gnotobiotic mouse model for microbiome therapeutics. Exp Mol Med. 2020;52(8):1383-96.
3. Hyoju SK, Adriaansens C, Wienholts K, Sharma A, Keskey R, Arnold W, *et al*. Low-fat/high-fibre diet prehabilitation improves anastomotic healing via the microbiome: an experimental model. Br J Surg. 2020;107(6):743-55.
4. Mocanu V, Park H, Dang J, Hotte N, Thiesen A, Laffin M, *et al*. Timing of Tributyrin Supplementation Differentially Modulates Gastrointestinal Inflammation and Gut Microbial Recolonization Following Murine Ileocecal Resection. Nutrients. 2021;13(6):2069.
5. Wiegerinck M, Hyoju SK, Mao J, Zaborin A, Adriaansens C, Salzman E, *et al*. Novel de novo synthesized phosphate carrier compound ABA-PEG20k-Pi20 suppresses collagenase production in Enterococcus faecalis and prevents colonic anastomotic leak in an experimental model. Br J Surg. 2018; 105(10): 1368-76.

Resumo

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS E COMPORTAMENTAIS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO REGANHO DE PESO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Heloísa Burgos Villar Capobiango[1]; Maria Fernanda Bretas Franzini[1], Caio Sachetto Toledo Bellini[1], Miguel Eduardo Guimarães Macedo[1]

1- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Heloísa Burgos Villar Capobiang. E-mail: heloisabvc@gmail.com

Introdução. A cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz para obesidade grave, doença crônica de prevalência global. No entanto, até 37% dos pacientes apresentam reganho ponderal nos anos subsequentes. Diante disso, diversas estratégias, como agonistas do receptor de GLP-1, terapias psicológicas, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapia de Aceitação e Comprometimento (ACT), exercício físico e intervenções nutricionais, têm sido investigadas, embora seus resultados permaneçam controversos. **Objetivo.** Avaliar a eficácia e a segurança das intervenções farmacológicas, nutricionais e comportamentais no manejo do reganho de peso em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Método.** Foram analisados ensaios clínicos e estudos observacionais publicados entre 2020 e 2025, nas bases PubMed e SciELO, em humanos e em inglês. A busca utilizou descritores do MeSH: "cirurgia bariátrica", "manutenção de peso corporal" e "tratamento", além do descritor livre "reganho de peso". Incluíram-se artigos com intervenções medicamentosas, alimentares ou comportamentais no pré e no pós-operatório, selecionados de forma a seguir o *checklist* PRISMA. Excluíram-se séries de casos, publicações que envolviam pacientes grávidas e aquelas sem dados quantitativos de peso ou IMC. **Resultados.** Entre os 18 estudos identificados, cinco preencheram os critérios de inclusão: dois avaliaram intervenções farmacológicas e três abordaram estratégias comportamentais ou nutricionais. A liraglutida 3,0 mg/dia promoveu redução de 8,8% do peso corporal em comparação a 1,1% no grupo placebo ($p<0,001$), enquanto a semaglutida 1,0 mg/semana resultou em perda de 11,4%, ambas com perfil de segurança favorável. Já as intervenções combinadas de exercício físico e suplementação associaram-se a menor reganho ponderal (+1,5 vs. +3,8 kg/m²; $p<0,05$), e as terapias psicológicas, embora sem impacto significativo sobre o peso, favoreceram o controle alimentar. **Conclusão.** A eficácia do tratamento do reganho pós-bariátrico depende de abordagens combinadas que integrem farmacoterapia, suporte psicológico e reeducação alimentar. Assim, estratégias multifacetárias demonstram melhor manutenção ponderal e contribuem para a melhora da qualidade de vida.

Palavras-chave: Bariatric Surgery. Treatment. Body weight maintenance. Weight regain.

Referências:

1. Lofton HF, Maranga G, Hold R, Fielding G, Youn H, Gujral A, *et al*. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of weight loss using liraglutide 3.0 mg for weight recurrence after Roux-en-Y gastric bypass. Surg Obes Relat Dis. 2025;21(2):135–145.
2. Jensen JB, Renström F, Aczél S, Folie P, Biraima-Steinemann M, Beuschlein F, Bilz S. Efficacy of the Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists Liraglutide and Semaglutide for the Treatment of Weight Regain After Bariatric surgery: a Retrospective Observational Study. Obes Surg. 2023;33(4):1017–1025.
3. Bellicha A, Ciangura C, Roda C, Torcivia A, Aron-Wisnewsky J, Poitou C, *et al*. Effect of exercise training after bariatric surgery: A 5-year follow-up study of a randomized controlled trial. PLoS One. 2022;17(7):e02671561.
4. Barley EA, Bovell M, Bennett- Eastley K, Lee JT, Lee-Baggley D, Skene SS, *et al*. Addressing a critical need: A randomised controlled feasibility trial of acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients at 15-18 months post-surgery. PLoS One. 2023;18(4):e0282849.
5. Paul LA, van der Heiden C, van Hoeken D, Deen M, Vlijm A, Klaassen R, *et al*. Three- and five-year follow-up results of a randomized controlled trial on the effects of cognitive behavioral therapy before bariatric surgery. Int J Eat Disord. 2022;55(12):1824–37.

Resumo

LINFOMA SUPRA-RENAL PRIMÁRIO BILATERAL ORIGINADO DE CÉLULAS B COM REMISSÃO APÓS TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Hugo Cintra Pereira[1] ; Matheus Mourão Amaral[2], Matheus Almeida Carvalhais Mourão[2], Cirênio de Almeida Barbosa[3].

1. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Ouro Preto, Minas Gerais - Brasil
3. Universidade Federal de Ouro Preto/MG; Colégio Brasileiro de Cirurgiões-TCBC; Colégio Brasileiro de Cirurgia do Aparelho Digestivo – TECAD; Fundação de Pesquisa e Ensino em Cirurgia (FUPEC), Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente:
Hugo Cintra Pereira.
E-mail: hugo.cintra@estudante.ufjf.br

Introdução: Os linfomas adrenais são raros e de diagnóstico complexo, frequentemente não considerados inicialmente como diagnósticos diferenciais devido à dificuldade em identificá-los precocemente. **Objetivo**: Relatar um caso de linfoma primário bilateral de células B, enfatizando a apresentação clínica, os métodos de investigação e o desfecho terapêutico. **Métodos**: O estudo baseou-se na descrição do caso, apoiada por exame físico, resultados laboratoriais, imagens, biópsia e análises anatomopatológica. **Descrição do Caso**: Paciente do sexo feminino, 85 anos, procurou atendimento por dor epigástrica e dispepsia intermitente. A TC de abdome identificou uma lesão nodular na adrenal esquerda, medindo 47,5 x 28,2 mm. Meses depois, evoluiu com anorexia, astenia, vertigem, infecções recorrentes de vias aéreas, perda ponderal, e dor abdominal. A RM de abdome evidenciou massas expansivas em ambas as adrenais, com dimensões de 7,0 x 6,0 x 5,2 cm à direita e 12,0 x 6,8 x 7,1 cm à esquerda. Exames laboratoriais revelaram elevação de AST, fosfatase alcalina, LDH e velocidade de hemossedimentação. A biópsia confirmou o diagnóstico de linfoma bilateral de células B de alto grau, compatível com linfoma difuso de grandes células B. Após o diagnóstico, iniciou-se quimioterapia com o esquema R-CHOP, demonstrando eficácia. Um ano após, a paciente permanecia assintomática, com remissão completa do quadro clínico. **Discussão**: O linfoma adrenal primário é raro, com acometimento bilateral em mais de 70% dos casos. Predomina em homens com idade média de 62 anos e geralmente apresenta prognóstico ruim. Este relato destaca um desfecho favorável, com remissão completa obtida exclusivamente com quimioterapia R-CHOP, sem necessidade de cirurgia, o que é particularmente notável nesta paciente. **Conclusão**: Apesar da raridade, o linfoma primário de glândulas adrenais deve ser incluído como diagnóstico diferencial em pacientes com massas adrenais bilaterais e sintomas inespecíficos, permitindo intervenção precoce e resultados potencialmente positivos.

Palavras-chave: Linfoma. Linfoma não-Hodgkins. Linfomas de células B.

Referências:

1. Ebbehoj A, Li D, Kaur RJ, Zhang C, Singh S, Li T, *et al*. Epidemiology of adrenal tumors in Olmsted County, Minnesota, USA: a population-based cohort study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8(11):894-902.
2. Fan ZN, Shi HJ, Xiong BB, Zhang JS, Wang HF, Wang JS. Primary adrenal diffuse large B-cell lymphoma with normal adrenal cortex function: A case report. World J Clin Cases. 2022 Jan 14;10(2):709-716.
3. Laurent C, Casasnovas O, Martin L, Chauchet A, Ghesquieres H, Aussedat G, *et al*. Adrenal lymphoma: presentation, management and prognosis. QJM : monthly journal of the Association of Physicians. 2017;110(2):103-109.
4. Rashidi A, Fisher SI. Primary adrenal lymphoma: a systematic review. Ann Hematol. 2013;92(12):1583-1593.

Resumo

LOBECTOMIA VERSUS SEGMENTECTOMIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Isadora Pinheiro Franklin[1], Sofia de Barros Zampier[1], Guilherme Soares de Albuquerque[2], João Paulo Vieira[3]

1- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora -Brasil.

2- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - Brasil.

3- Docente da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (CRM-MG 26171), Juiz de Fora - Brasil.
E-mail: Isadora.Franklin@aluno.suprema.edu.br

Introdução: O câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) representa uma das neoplasias mais agressivas, caracterizada por elevado crescimento e disseminação metastática. Embora o tratamento padrão da doença se baseie em quimioterapia e radioterapia, o papel da cirurgia tem sido avaliado para casos selecionados da doença. Sendo assim, têm-se discutido a abordagem cirúrgica ideal para o tratamento desse câncer, levantando comparações entre a lobectomia ou a segmentectomia. **Objetivos:** Comparar os desfechos oncológicos e funcionais da lobectomia e da segmentectomia no tratamento cirúrgico do câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC). **Métodos:** Foram analisados Ensaios Clínicos Randomizados, publicados nos últimos 10 anos, tendo como referência as bases de dados MedLine e SciELO. A busca pelos descritores e termos utilizados foi efetuada mediante consulta ao MeSH e DeCS, sendo os utilizados: *"Lobectomy", "segmentectomy" e "Non-Small-Cell Lung Carcinoma"*. Foram incluídos estudos que analisaram os desfechos das abordagens cirúrgicas citadas anteriormente no prognóstico do CPNCP. A escala PRISMA foi utilizada no intuito de sistematizar o relato desta revisão. **Resultados:** Foram identificados 36 artigos, dos quais 6 foram incluídos na análise final, com 2908 participantes. Os estudos, realizados no Japão e na China, foram designaram aleatoriamente os participantes para receber lobectomia ou segmentectomia (1:1) para o tratamento da neoplasia, sendo posteriormente acompanhados por 5 a 7 anos para avaliação dos desfechos terapêuticos. De forma geral, a sobrevida global (SG) em 5 anos foi superior no grupo segmentectomia, variando de 92,4% a 94,3%, em comparação com 86,1% a 91,1% no grupo lobectomia, com significância estatística em alguns estudos (HR 0,64; p=0,033), mas não confirmada em todos. A sobrevida livre de recaída (SLR) apresentou resultados equivalentes entre as técnicas (aproximadamente 88% vs 87,9%; p≈0,9). A mortalidade operatória foi nula em todas os estudos avaliados. As complicações pós-operatórias de grau ≥2 ocorreram em taxas semelhantes (26–27%), embora o vazamento aéreo tenha sido mais frequente após segmentectomia (6,5% vs 3,8%; p=0,04). **Conclusão:** Os achados sugerem que a segmentectomia apresentou sobrevida global igual ou superior à lobectomia, com perfil de segurança semelhante e melhor preservação pulmonar. Sendo assim, a segmentectomia consolida-se como opção cirúrgica preferencial para o câncer de pulmão não pequenas células em estágio inicial, quando indicada de forma criteriosa e baseada em critérios oncológicos e anatômicos adequados.

Palavras-chave: Lobectomia. Segmentectomia. Carcinoma Pulmonar de Células não Pequenas.

Referências:

1. Saji H, Okada M, Tsuboi M, Nakajima R, Suzuki K, Aokage K; West Japan Oncology Group and Japan Clinical Oncology Group. Segmentectomy versus lobectomy in small-sized peripheral non-small-cell lung cancer (JCOG0802/WJOG4607L): a multicentre, open-label, phase 3, randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet. 2022 Apr 23;399(10335):1607-1617.
2. Altorki N, Wang X, Damman B, Mentlick J, Landreneau R, Wigle D, Jones DR, Conti M, Ashrafi AS, Liberman M, de Perrot M, Mitchell JD, Keenan R, Bauer T, Miller D, Stinchcombe TE. Lobectomy, segmentectomy, or wedge resection for peripheral clinical T1aN0 non-small cell lung cancer: A post hoc analysis of CALGB 140503 (Alliance). J Thorac Cardiovasc Surg. 2024 Jan;167(1):338-347.e1. doi: 10.1016/j.jtcvs.2023.07.008. Epub 2023 Jul 18. Erratum in: J Thorac Cardiovasc Surg. 2025 Apr;169(4):1181.
3. Suzuki K, Saji H, Aokage K, Watanabe SI, Okada M, Mizusawa J, Nakajima R, Tsuboi M, Nakamura S, Nakamura K, Mitsudomi T, Asamura H; West Japan Oncology Group; Japan Clinical Oncology Group. Comparison of pulmonary segmentectomy and lobectomy: Safety results of a randomized trial. J Thorac Cardiovasc Surg. 2019 Sep;158(3):895-907.

Resumo

MANEJO CIRÚRGICO DA EQUINOCOCOSE CÍSTICA: RELATO DE CASO

Danielle Fernanda Evangelista Silva[1] ; Rafael Machado Malatesta [1], Daniela Almeida Rocha [2], Vanessa Alexandra Pereira[3]

1- Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2- Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
3- Hospital 9 de Julho/ Instituto Oncológico, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Danielle Fernanda Evangelista Silva. E-mail: danielle.evangelista@estudante.ufjfj.br

INTRODUÇÃO: A equinococose cística (hidatidose) é uma parasitose endêmica na América do Sul, em que tênias *Echinococcus granulosus* formam cistos envoltos por reação granulomatosa característicos em imagens. A transmissão é fecal-oral, por ingestão de água e alimentos contaminados por fezes caninas (hospedeiros definitivos) com ovos. Manifestações variam desde assintomáticas até dor no hipocôndrio direito, náuseas e vômitos. **RELATO DE CASO:** Mulher, 51 anos, abdome globoso, levemente doloroso à palpação, sem sinais de peritonite, com nodulações hepáticas à ultrassonografia (USG). Ressonância Nuclear Magnética (RNM) revelou múltiplas lesões intra-abdominais com hipersinal heterogêneo em T2, sem realce ao contraste: 3,3 cm na parede abdominal direita, em mesogástrio paramediano; 1,3 cm posterior ao cólon descendente distal; 1 cm no hipocôndrio direito anterior; 1,2 cm no espaço hepatorrenal direito; duas lesões peritoneais próximas à cápsula hepática no segmento VIII, com compressão do parênquima. Realizou-se videolaparoscopia devido à falta de acesso a radiologia intervencionista, convertendo-se a laparotomia exploradora com biópsia devido a múltiplas aderências. Foram enucleados nódulos mesentéricos e biopsiados nódulos hepáticos, com reabordagem para drenagem de secreção entérica e Tomografia Computadorizada (TC) perioperatória. Histopatológico revelou lesão cística com material lipídico saponificado, calcificado, sem sinais de malignidade. TC mostrou fígado de contornos e atenuação normais, exceto por lesão calcificada de 42,2 mm, compatível com cisto de *Echinococcus* no segmento VIII; granulomas residuais e lesão semelhante no colo uterino. **DISCUSSÃO**: Exames propedêuticos foram essenciais no manejo da paciente pouco sintomática. TC foi determinante no perioperatório; RNM permitiu diferenciar o cisto hidático de outras formações hepáticas; USG permite classificação CE1–CE5. Opções cirúrgicas permanecem em debate: cistectomia total, embora invasiva, apresenta menor recidiva; a parcial, mais segura, associa-se a maior recorrência; endocistectomia surge como alternativa conservadora. **CONCLUSÃO:** Apesar de endêmica, a equinococose carece de estudos aprofundados, dada a complexidade diagnóstica e necessidade de seguimento.

Palavras-chave: Echinococcus granulosus. Equinococose Cística. Oncologia Cirúrgica.

Referências:

1. Hogea MO, Ciomaga BF, Muntean MM, Muntean AA, Popa MI, Popa GL. Cystic Echinococcosis in the Early 2020s: A Review. Trop Med Infect Dis. 2024 Jan 31;9(2):36.
2. Govindasamy A, Bhattarai PR, John J. Liver cystic echinococcosis: a parasitic review. Ther Adv Infect Dis. 2023 May 11;10:20499361231171478.
3. Al-Saeedi M, Ramouz A, Khajeh E, El Rafidi A, Ghamarnejad O, Shafiei S, *et al.* Endocystectomy as a conservative surgical treatment for hepatic cystic echinococcosis: A systematic review with single-arm meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis. 2021 May 12;15(5):e0009365.

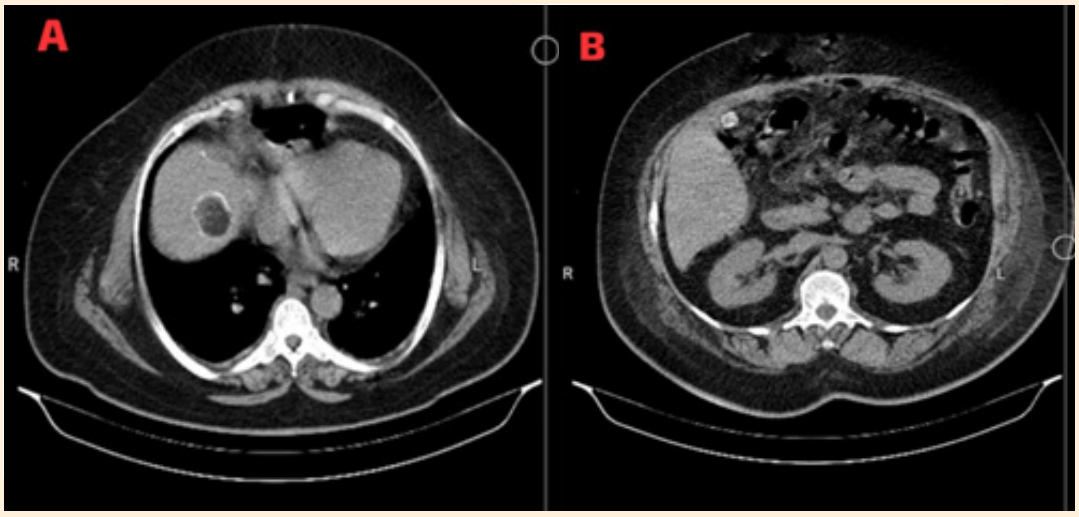


Figura 1A - TC de Abdome. Lesão de 42,2 mm com parede calcificada, localizada no segmento VIII do fígado. Compatível com cisto de *Echinococcus*.

Figura 2A - TC de Abdome. Lesão em segmento IV do fígado. Compatível com cisto de *Echinococcus*.

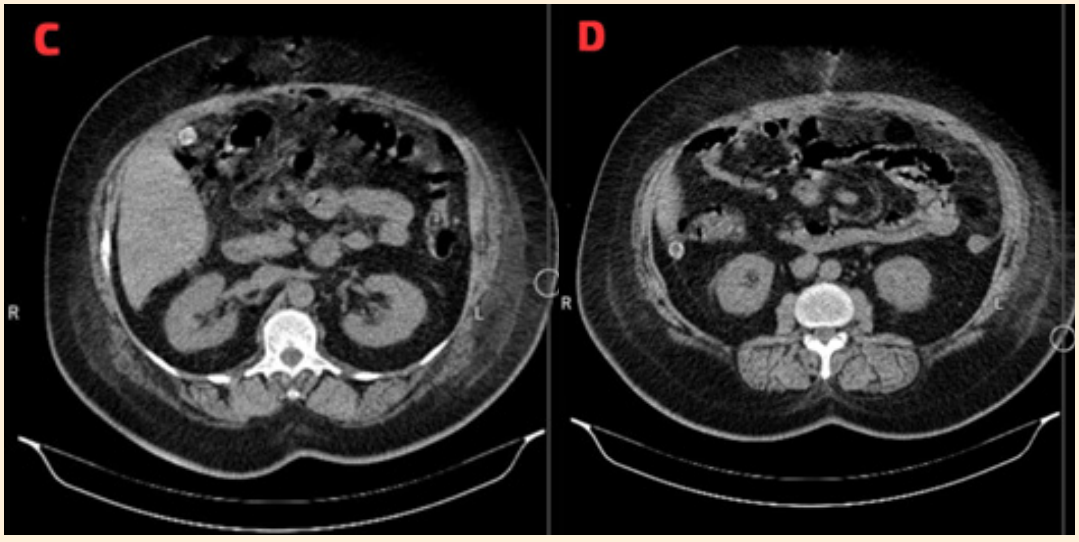


Figura 1C - TC de Abdome. Lesão em mesocólon, compatível com cisto de *Echinococcus*.

Figura 1D - TC de Abdome. Lesão em mesocólon, compatível com cisto de Echinococcus

Resumo

MARCADORES LABORATORIAIS DE ISQUEMIA OU NECROSE EM OBSTRUÇÃO INTESTINAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Nicolas Miranda de Souza Cerqueira Ferreira[1] ; Clarissa Vogel de Sousa [1], Ítalo Martins Vicente [1], Júlia Lucila de Moura [2]

1- Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2- Hospital e Maternidade Celso Pierro, Campinas, São Paulo – Brasil.

Autor correspondente: Nicolas Miranda de Souza Cerqueira Ferreira. E-mail: nicolasmiranda1212@gmail.com

Introdução: A Obstrução Intestinal (OIn) é um quadro comum de emergências cirúrgicas. O achado de isquemia ou necrose torna o caso mais grave e pode influenciar na conduta cirúrgica, mas são atualmente identificados por sinais pouco padronizados na Tomografia Computadorizada (TC). **Objetivos:** O trabalho pretende clarificar a eficácia de biomarcadores de isquemia em OIn, método mais objetivo de diagnóstico. **Métodos:** A pesquisa foi realizada em 18/10/2025 no *PubMed* e na Biblioteca Virtual em saúde (BVS), com palavras-chave "*Intestinal Obstruction*" e "*Biomarkers*" - com filtro Decs/MeSH - e o booleano AND. O filtro "*free full text*" foi utilizado no *PubMed* e "texto completo", na BVS. Foram excluídos artigos publicados há mais que 10 anos, que não atendiam ao tema, os relatos de caso e um comentário. **Resultados:** A combinação do D-dímero com sinais de irritação peritoneal tem valor preditivo negativo de 91,7% para necrose intestinal. Estão elevados em estrangulação: fibrinogênio, Proteína C Reativa (PCR), D-dímero e proporção neutrofílica; L- lactato e *Intestinal Fatty Acid Binding Protein* (I-FABP). O tempo de trombina reduzido também se associa. A elevação de I-FABP coincidiu com achados histopatológicos de destruição das vilosidades, com maior precisão nas primeiras 12 horas. A combinação de fibrinogênio e PCR possui alta acurácia para diferenciar OIn simples de estrangulada. A leucocitose obteve baixa acurácia na predição de estrangulamento. Estão elevados em necrose: granulócitos imaturos e sua porcentagem (facilmente aferidos na citometria); homocisteína, pró-calcitonina, interleucina 5 e 6, interleucina 1β e endotoxina. A homocisteína obteve sensitividade superior à pró-calcitonina - um marcador frequentemente utilizado - e especificidade ligeiramente menor. **Conclusão**: Marcadores laboratoriais mostram-se promissores para aprimorar a compreensão de casos de OIn. São necessárias mais pesquisas para esclarecê-los e possivelmente incorporá-los em protocolos que melhorem o diagnóstico de necrose nesses quadros.
Palavras-chave: Obstrução Intestinal. Isquemia. Necrose. Biomarcadores.

Referências:

1. Zhu Y, Liu R, Geng X, Li D, Quan B, Kong F, *et al*. Homocysteine(HCY), a novel biomarker for predicting irreversible transmural intestinal necrosis in patients with adhesive small bowel obstruction: results from a prospective observational study. World J Emerg Surg. 2025 Jun 24;20(1): 55.
2. Yang K, Wang W, Zhang WH, Chen XL, Zhou J, Chen XZ, *et al*. The Combination of D-Dimer and Peritoneal Irritation Signs as a Potential Indicator to Exclude the Diagnosis of Intestinal Necrosis. Medicine. 2015 Oct 1;94(40):e1564.
3. Li H, Sun D, Sun D, Xiao Z, Zhuang J, Yuan C. The Diagnostic Value of Coagulation Indicators and Inflammatory Markers in Distinguishing Between Strangulated and Simple Intestinal Obstruction. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2021 Jul 21;31(6):750–5.
4. Tyagunov AE, Anurov MV, Titkova SM, Kurashinova LS, Loban KM, Tyagunov AA, *et al*. Intestinal fatty acid-binding protein (I-FABP) as biomarker of ischemic damage in experimentally induced 12-h small bowel obstruction. Updates Surg. 2024; 75(7): 2693-2700.
5. Çaparlar M, Durhan A, M Süleymanov, C Binarbaşı, K Koşmaz. Immature Granulocyte Percentage as an Early Predictor of Necrosis in Volvulus. Niger J Clin Pract. 2024 Feb 1;27(2):268–71.

Resumo

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIAS COLORRETAIS NO TRATAMENTO DO CÂNCER COLORRETAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Maria Fernanda Costa de Avelar Peixoto[1]; Ana Cláudia Florentino de Souza[1], Ludmilla Mendonça Teixeira Lobato[1], Gabriela Cumani Toledo Camilo[1]

1- Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Maria Fernanda Costa de Avelar Peixoto. E-mail: mariaavelar.peixoto@gmail.com

Introdução: O câncer colorretal (CCR) é um tumor maligno, ocupando o terceiro lugar em incidência e o segundo em mortalidade no mundo. Acomete, comumente, a pelve e o abdômen, representando um problema de saúde pela elevada morbidade e mortalidade. O tratamento padrão é a cirurgia, entretanto, está frequentemente associada a complicações pós-operatórias (PO). **Objetivos:** Analisar as possíveis complicações após uma cirurgia para câncer colorretal. **Métodos:** Foram analisados ensaios clínicos controlados e randomizados, publicados originalmente em inglês, dos últimos cinco anos, em humanos, tendo como referência a base de dados PubMed. A busca pelos descritores foi efetuada por consulta ao MeSH e foram os seguintes termos: *Colorectal Cancer, Risk Factor*, *Postoperative Complications*. Foram incluídos artigos com foco nas complicações pós-operatórias de CCR. Foram excluídos artigos que avaliaram outro tipo de câncer e que deram foco em tratamento não cirúrgico. Utilizou-se a escala PRISMA para sistematizar a revisão. **Resultados:** Inicialmente, foram encontrados 17 estudos e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, apenas 4 artigos fizeram parte da análise final. Dessa forma, observou-se que as complicações PO em cirurgias para retirada do CCR são variadas, dentre elas a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP), que representam um aumento da mortalidade no período PO. Os fatores de risco para TVP/EP ocorrem devido a localização retal do tumor e a perda sanguínea intraoperatória. Além disso, pacientes com baixa atividade física apresentam maior carga de complicações PO, com risco significativamente maior de insuficiência respiratória após esses procedimentos cirúrgicos. Ademais, o sangramento tardio clinicamente significativo (STR), demonstrou-se um efeito adverso relevante em cirurgias de CCR. **Conclusão:** Evidenciou-se, portanto, que cirurgias para CCR podem gerar complicações graves como TVP, EB e STR, mas pacientes fisicamente ativos têm menor risco de insuficiência respiratória.
Palavras-chave: Câncer colorretal. Fatores de risco. Complicações pós-operatórias.

Referências:

1. Onerup A, Angenete E, Bock D, Haglind E. Association between self-assessed preoperative level of physical activity and postoperative complications - An observational cohort analysis within a randomized controlled trial (PHYSSURG-C). Eur J Surg Oncol. 2022 Apr;48(4):883-889.
2. Albouys J, Montori Pina S, Boukechiche S, Albéniz E, Vidal G, Legros R, *et al*. Risk of delayed bleeding after colorectal endoscopic submucosal dissection: the Limoges Bleeding Score. Endoscopy. 2024 Feb;56(2):110-118.
3. Wu Y, Wang L, Yin Q, Deng L, Ma J, Tian X. Establishment and Validation of a Postoperative VTE Prediction Model in Patients with Colorectal Cancer Undergoing Radical Resection: CRSPOT Nomogram. Clin Appl Thromb Hemost. 2023 Jan-Dec;29:10760296231216966.
4. Yasui M, Ikeda M, Hata T, Okamura S, Miyake Y, Sakisaka H, *et al*. Risk factors for postoperative proximal deep vein thrombosis and pulmonary embolism after laparoscopic colorectal cancer surgery: analysis of a multicenter randomized controlled trial. Surg Today. 2022 Jun;52(6):881-888.
5. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, *et al*. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. PLos Med. 2009;6(7):e1000100.

Resumo

EVIDÊNCIAS ATUAIS E PERSPECTIVAS CLÍNICAS NO ENXERTO DE GORDURA AUTÓLOGA NA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Valentina Ribeiro Pereira[1] ; Matheus Costa Bordim[2], Dalmara Simplicio de Oliveira[3]

1. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF – SUPREMA), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil.

2. Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil.

Autor correspondente: Valentina Ribeiro Pereira. E-mail: valenribeirop@gmail.com

Introdução: O enxerto de gordura autóloga, também denominado lipoenxertia, tornou-se uma alternativa promissora na reconstrução mamária por combinar resultados estéticos naturais com baixa morbidade. Inicialmente utilizado para correções de contorno, o método vem sendo amplamente estudado quanto à segurança oncológica e eficácia volumétrica. No entanto, ainda persistem discussões sobre taxa de reabsorção, necessidade de múltiplas sessões e possíveis alterações radiológicas que podem confundir o acompanhamento oncológico. **Objetivos**: Revisar as evidências recentes sobre a aplicação do enxerto de gordura autóloga na reconstrução mamária pós-mastectomia, com ênfase em segurança, resultados estéticos e limitações técnicas. **Métodos**: Foram analisados estudos publicados entre 2015 e 2024, em humanos, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine (PubMed). A busca pelos descritores e palavras-chave utilizados foi realizada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), utilizando os termos "fat grafting", "breast reconstruction" e "autologous fat transfer". Foram incluídos artigos disponíveis em texto completo que abordavam resultados clínicos e complicações associadas ao procedimento. Foram excluídos estudos com metodologia pouco clara ou dados incompletos. A escala PRISMA foi utilizada para sistematizar o relato desta revisão. **Resultados**: Os estudos demonstram que o enxerto de gordura é eficaz na restauração do volume e contorno mamário, com alta satisfação das pacientes e melhora da simetria. As complicações relatadas são mínimas, destacando-se casos isolados de necrose gordurosa e reabsorção parcial do enxerto, sem aumento significativo no risco de recorrência tumoral. **Conclusão**: O enxerto de gordura autóloga configura-se como técnica segura e eficiente na reconstrução mamária, proporcionando resultados estéticos satisfatórios e baixo índice de complicações. No entanto, ainda são necessários estudos de longo prazo e com maior padronização metodológica para consolidar a segurança oncológica e a previsibilidade dos resultados.

Palavras-chave: Autologous Fat Transfer. Breast Reconstruction. Fat Grafting.

Referências:

1. Delay E, Garson S, Toussoun G, Sinna R. Fat injection to the breast: technique, results, and indications based on 880 procedures over 10 years. Aesthet Surg J. 2009; 29(5): 360-376.
2. Turner A, Abu-Chname A, Davis MJ, Winocour SJ, Hanson SE, Chu CK. Fat grafting in breast reconstruction. Semin Plast Surg. 2020;34(1):17-23.
3. Claro F Jr, Figueiredo JCA, Zampar AG, Pinto-Neto AM. Applicability and safety of autologous fat for reconstruction of the breast. Br J Surg. 2012 Jun;99(6):768-80.

Resumo

O IMPACTO DA CIRURGIA ROBÓTICA DENTRO DA CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Giovana Coimbra Silva[1], Camila Soranço Castilho[1], Helena Goretti Vasconcelos[1], Ricardo Goretti Vasconcelos[2]

1. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (FCMS/JF), Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil
2. Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais - Brasil

Autor correspondente: Giovana Coimbra Silva. E-mail: giovanacs1902@gmail.com

Introdução: A cirurgia robótica, impulsionada por inovações biomiméticas, ampliou os limites da capacidade cirúrgica ao minimizar tremores, fadiga e dificuldades de acesso a regiões anatômicas complexas. Embora amplamente adotada em diversas especialidades, com potencial promissor na cirurgia plástica, essa área ainda enfrenta desafios relacionados à manipulação tecidual, precisão microcirúrgica e desgaste físico do cirurgião, tornando essencial compreender o impacto da robótica na cirurgia plástica e reconstrutiva. **Objetivo:** Avaliar o impacto da cirurgia robótica em procedimentos plásticos e reconstrutivos, analisando seus benefícios e aplicabilidade futura. **Métodos:** Foram revisados ensaios clínicos em inglês, publicados nos últimos dez anos, disponíveis gratuitamente na base de dados MedLine (National Library of Medicine). Utilizaram-se descritores em Ciências da Saúde (DeCS), excluindo-se estudos pagos ou com metodologia insuficiente. A revisão seguiu as diretrizes PRISMA. **Resultados:** Embora amplamente utilizada em outras áreas cirúrgicas, a robótica ainda é pouco aplicada na cirurgia plástica. Os estudos revisados destacam vantagens relevantes, como visualização tridimensional de alta definição, eliminação de tremores e instrumentos com articulação semelhante à do punho humano, permitindo movimentos precisos e estáveis. Essas características resultam em menor trauma tecidual, sangramento reduzido, cicatrizes menores e recuperação mais rápida. A ergonomia aprimorada também diminui a fadiga do cirurgião e o risco de erros relacionados ao esforço físico prolongado. Contudo, desafios permanecem: o alto custo dos equipamentos, a necessidade de treinamento avançado e a ausência de feedback tátil. Mesmo assim, cirurgiões experientes relatam que a precisão visual compensa essa limitação. Além disso, a robótica pode prolongar a atuação de microcirurgiões ao minimizar o impacto do declínio físico com o tempo. **Conclusão:** A biomimética aplicada à cirurgia robótica está transformando a cirurgia plástica e reconstrutiva, promovendo maior precisão, versatilidade e resultados superiores. Ainda assim, novas pesquisas são necessárias para adaptar e validar essas tecnologias, garantindo sua implementação segura e efetiva na prática clínica.

Palavras-chave: Cirurgia plástica. Cirurgia robótica. Impacto.

Referências:

1. Wen J, Yu N, Long X, Wang X. Robotic surgical systems in plastic and reconstructive surgery. Chin Med J (Engl). 2024;137(11):1366–7.
2. Ghandourah HSH, Schols RM, Wolfs JAGN, Altaweel F, van Mulken TJM. Robotic microsurgery in plastic and reconstructive surgery: a literature review. Surg Innov. 2023;30(5):607–14.
3. Aitzetmüller MM, Klietz ML, Dermietzel AF, Hirsch T, Kückelhaus M. Robotic-assisted microsurgery and its future in plastic surgery. J Clin Med. 2022;11(12):3378.
4. Novo J, Seth I, Mon Y, Soni A, Elkington O, Marcaccini G, *et al*. Use of robotic surgery in plastic and reconstructive surgery: a narrative review. Biomimetics (Basel). 2025;10(2):97.

Resumo

POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR EM ADOLESCENTE SUBMETIDA À PROCTOCOLECTOMIA TOTAL COM BOLSA ILEAL: UM RELATO DE CASO

Gabriel Bedin Machado[1], Gabriel Campos de Paiva[1], José Carlos Resende Rodrigues[2], João Baptista de Paula Fraga[2]

1- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2- Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Gabriel Bedin Machado - gabriel.bedin@estudante.ufjf.br

Introdução: A Polipose Adenomatosa Familiar (PAF) é uma doença genética hereditária decorrente da mutação no gene APC (Adenomatous Polyposis Coli), leva à multiplicação desordenada do revestimento intestinal e à formação de milhares de pólipos adenomatosos em Cólon e Reto. **Descrição do Caso**: Feminino, 14 anos, testemunha de Jeová, com história familiar de PAF em pai e irmãos, procurou atendimento por diarreia crônica sem muco ou sangue, anorexia, fadiga, queda de cabelo e intolerância à lactose. Negava febre e perda ponderal. Exame físico inicial sem alterações relevantes. Anemia ferropriva grave e ferritina reduzida nos exames laboratoriais. Colonoscopia evidenciou múltiplos pólipos colônicos compatíveis com PAF, incluindo adenomas túbulo-vilosos, displasia moderada e diminuição de células caliciformes, indicando alto risco de malignização e justificando o ato cirúrgico. Devido à recusa de hemoderivados, a paciente recebeu otimização hematológica com eritropoetina e ferro intravenoso no pré-operatório. Submetida a proctocolectomia total com bolsa ileal, anastomose ileoanal e ileostomia protetora, iniciada por videolaparoscopia e convertida para laparotomia por sangramento no mesocólon transverso. Pós-operatório sem intercorrências, com recuperação progressiva e alta no sétimo dia. **Discussão:** A PAF decorre de alterações no cromossomo 5q21, um supressor tumoral, o que leva ao descontrole do crescimento e da multiplicação celular, com formação de pólipos adenomatosos. A maioria das manifestações inicia-se na adolescência, com alto risco de desenvolvimento de adenocarcinoma colorretal pelo acúmulo das lesões pré-cancerígenas. Desse modo, faz-se recomendada, em casos de aumento do número de pólipos ou de displasia grave, a profilaxia cirúrgica através de colectomia total com preservação do reto ou de proctocolectomia com bolsa ileal. **Conclusão:** Apesar de ser uma condição genética autossômica dominante rara, requer rastreio e acompanhamento precoce, principalmente em pacientes com histórico familiar, de modo que a profilaxia cirúrgica seja capaz de evitar o desenvolvimento neoplásico.

Palavras-chave: Polipose Adenomatosa do Colo. Proctocolectomia Restauradora. Medicina do Adolescente.

Referências:

1. Konishi T, Ishida H, Ueno H, Kobayashi H, Hinoi T, Inoue Y, *et al*. Feasibility of laparoscopic total proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis and total colectomy with ileorectal anastomosis for familial adenomatous polyposis: results of a nationwide multicenter study. Int J Clin Oncol. 2016 Oct;21(5):953-61.
2. Tulchinsky H, Keidar A, Strul H, Goldman G, Klausner JM, Rabau M. Extracolonic manifestations of familial adenomatous polyposis after proctocolectomy. Arch Surg. 2005 Feb;140(2):159-63; discussion 164.
3. Kjaer S, Bulut O. Outcomes after transanal proctectomy with ileal pouch-anal anastomosis in adolescents. Pediatr Surg Int. 2023 Jan 25;39(1):92.

Resumo

TORÇÃO DE LIGAMENTO FALCIFORME: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Vitória de Fátima Vaz Costa[1] , Daniella Coelho Vandanezi Sobreira[1], Arthur Santos de Oliveira Pessoa[1], Cristiane de Souza Bechara Mota[1,2]

1- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2- Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Vitória de Fátima Vaz Costa - vitoria.vaz.costa2002@gmail.com

Introdução: O ligamento falciforme (LF), uma dupla camada de peritônio visceral, separa anatomicamente os lobos direito e esquerdo do fígado, estendendo-se até a parede abdominal anterior e contendo o ligamento redondo hepático, veias paraumbilicais e gordura extraperitoneal. A torção do LF é uma condição extremamente rara e ainda pouco documentada. **Relato de Caso:** Feminino, 67 anos, histórico de hemicolectomia direita videolaparoscópica em 2016, procurou atendimento médico em 2024 por dor abdominal epigástrica súbita, intensa e sem irradiação. Negava alterações do hábito intestinal. Ao exame físico, apresentava dor à palpação em epigástrio, com plastrão discreto e sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais sem alterações. A tomografia computadorizada (TC) evidenciou formação expansiva heterogênea, bem delimitada, predominantemente gordurosa, com estriações lineares espessas e sem realce significativo pelo contraste, medindo 6,0x2,9x5,2 cm, entre os segmentos III e IV do fígado, com maior componente mais inferiormente e em contato com a parede abdominal anterior e parede anterior do antro gástrico. Instituído tratamento conservador com analgésicos e observação clínica. Nova TC, após 5 meses, demonstrou redução da massa para 3,3x2,1x4,4 cm, mantendo as características, sugerindo torção do LF. A paciente permaneceu assintomática, sem necessidade de intervenção cirúrgica. **Discussão:** A torção do LF pode ocorrer como complicação tardia de cirurgias abdominais laparoscópicas, nas quais há manipulação e liberação do ligamento falciforme durante o acesso videolaparoscópico. Essa mobilidade excessiva pode predispor à torção subsequente. O diagnóstico é desafiador, pois o quadro clínico pode mimetizar condições mais prevalentes, como colecistite, sendo a TC padrão-ouro para descartar diagnósticos diferenciais. O tratamento é frequentemente conservador, sendo a intervenção cirúrgica reservada para casos refratários ou quando há dúvida diagnóstica persistente. **Conclusão**: O reconhecimento desta patologia é importante para evitar laparotomias exploratórias em pacientes com dor abdominal aguda, especialmente naqueles com história prévia de cirurgia videolaparoscópica.
Palavras-chave: Fígado. Abdome Agudo. Laparoscopia. Ligamentos. Diagnóstico por Imagem.

Referências:

1. Rodrigues BS, Bortolozzo DO, Ito MH, Gastaldi TND, Duarte ML, Duarte ÉR. Torsion of the Falciform Ligament Diagnosed by Imaging Tests - Case Report of an Unusual Disease. Prague Med Rep. 2023;124(2):177-180.
2. Mattavelli CB, Rebolho AH, Medeiros CC, Riccio JAH, Mazzini DLS, Vicentini LE, *et al.* Torção de ligamento teres como causa de abdome agudo vascular após colectomia esquerda videolaparoscópica. Int J Health Manag Rev. 2019;5(2):1-6.
3. Heinzen IB, Iizuka RA, Sales RSO, Ribeiro WG. Torção do apêndice epiploico do ligamento falciforme: uma rara causa de dor no hipocôndrio direito. Brad Cases - Brazilian Radiological Cases 2023,2(1):89-93.
4. Diallo M, Haberlay M, Bujor PC. A rare localisation of intra-abdominal focal fat infarction: The falciform ligament. Contribution of imagery. Morphologie. 2022 Jun;106(353):115-117.
5. Hamal D, Fernandes A, Sagma J, Rufino M, Hamal P, DiBenedetto G. Falciform Ligament Infarction: A Case Report and Review of the Literature. Cureus. 2023 Nov 6;15(11):e48361.

Resumo

RELATO DE EXPERIÊNCIA: TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS MESENQUIMAIS NO TRATAMENTO DE FÍSTULAS PERIANAIS COMPLEXAS DE ORIGEM CRIPTOGLANDULAR

Luísa Loureiro Botelho[1], Ana Luísa Oliveira Matos[1], João Batista de Paula Fraga[2], Rómmel Ribeiro Lourenço Costa[3]

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2. Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
3. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Luísa Loureiro Botelho - luisabotelho2004@gmail.com

INTRODUÇÃO: As fístulas perianais complexas são um desafio terapêutico, com taxas de recidiva importantes após métodos convencionais. A preservação da continência anal e a cicatrização adequada exigem abordagens menos invasivas e com estímulo regenerativo. Nesse contexto, o transplante autólogo de células-tronco mesenquimais (MSCs) derivadas do tecido adiposo surge como alternativa promissora, devido ao seu potencial imunomodulador e reparador, apresentando resultados encorajadores. **MÉTODOS E ABORDAGEM**: O transplante autólogo de células-tronco mesenquimais (MSCs) foi empregado no tratamento de sete pacientes portadores de fístulas perianais transesfincterianas e interesfincterianas recidivadas, entre agosto de 2021 e julho de 2024. A média etária dos participantes foi de 34 anos, variando entre 21 e 68 anos, com predomínio de casos na faixa dos 30 anos. Destaca-se que um dos pacientes submetidos à terapia apresentava incontinência anorretal evidenciada à manometria e histórico de três tentativas terapêuticas prévias, realizadas em outros serviços. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Dos sete pacientes tratados, seis apresentaram resposta completa, sem evidência de recidiva desde a intervenção, com fechamento do trajeto fistuloso entre 15 e 120 dias, epitelização total e ausência de secreção persistente. Não foram observadas complicações, infecções ou comprometimento da continência anal. Apenas um caso evoluiu com recidiva, sendo necessária nova intervenção, no entanto, houve relevante melhora, pois a fístula anteriormente manifestava-se como transesfincteriana proximal passou a interesfincteriana distal, reduzindo a complexidade. Após a segunda aplicação resultou na resposta completa. Ademais, o paciente previamente identificado com incontinência anorretal demonstrou melhora manométrica significativa, com recuperação da continência evacuatória, atribuída à função de preenchimento e regeneração tecidual das células-tronco mesenquimais. **CONCLUSÃO**: O transplante autólogo de MSCs representa uma abordagem segura e eficaz no tratamento das fístulas perianais complexas, promovendo cicatrização rápida, baixa recidiva e preservação funcional, consolidando-se como avanço importante nas terapias regenerativas. Entretanto, ainda são necessários estudos com amostragens significativas para consolidar os dados promissores.

Palavras-chave: Fístula Retal. Células-Tronco Mesenquimais. Transplante Autólogo.

Referências:

1. Guillaumes S, Hidalgo NJ, Bachero I, Pena R, Nogueira ST, Ardid J, *et al*. Efficacy of injection of autologous adipose tissue in the treatment of patients with complex and recurrent fistula-in-ano of cryptoglandular origin. Tech Coloproctol. 2024 Jul 9;28(1):81.
2. Xu Y, Ma L, Jia K, Wu X, Ge C. Efficacy and safety of autologous platelet-rich plasma in anal fistula: a systematic review and meta-analysis. Ann Saudi Med. 2024 Jul-Aug;44(4):264-271.
3. Wang H, Jiang HY, Zhang YX, Jin HY, Fei BY, Jiang JL. Mesenchymal stem cells transplantation for perianal fistulas: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. Stem Cell Res Ther. 2023 Apr 26;14(1):103.

Resumo

TRAUMA POR EMPALAMENTO GLÚTEO: RELATO DE CASO

Thomás Alvim Mendonça Borges de Almeida[1], Tales Alvarenga Lopes e Silva[1], Lucas Henrique Costa Morais[1], Yuri Bandeira de Oliveira Quinane[2]

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Thomás Alvim Mendonça Borges de Almeida - thomasalvim5@gmail.com

Introdução: A lesão por empalamento é definida como a penetração do corpo por um objeto perfurante que atravessa total ou parcialmente a massa corporal. Além de pouco frequentes, é uma das formas mais dramáticas de penetração, visto que, em muitos casos, o paciente morre no local. No entanto, a chegada ao hospital com sinais vitais preservados e estabilidade hemodinâmica é um indicativo de bom prognóstico e aumenta as chances de sobrevivência. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo apresentar um relato de caso a cerca de um trauma por empalamento em região glútea. **Métodos / Relato de Caso:** Masculino, 63 anos, encaminhado para o serviço de emergência pelo SAMU após queda de altura, apresentando empalamento por estaca de madeira alojada na região glútea. À admissão, encontrava-se hemodinamicamente estável, sem sinais de fraturas. Toque retal sem evidências de perfuração. Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve sem indícios de acometimento de alças intestinais ou outras lesões viscerais. Paciente submetido a exploração cirúrgica da região glútea, com remoção completa da estaca, que apresentava pregos em sua extremidade, e adequada revisão do trajeto, sem identificação de lesões associadas. **Resultados:** O manejo pré-operatório do empalamento representa um desafio, pois não pode ser incluído em um protocolo rigoroso de tratamento de lesões, devido às variáveis relacionadas ao mecanismo, como a natureza do objeto empalado e o número de vísceras lesionadas. Para pacientes estáveis, a TC é o padrão-ouro para a avaliação do trauma, sendo que, para lesões por empalamento, a exploração cirúrgica é considerada obrigatória pela literatura vigente. Além disso, o pós-operatório desses pacientes costuma ser complicado, exigindo cuidados intensivos agressivos. **Conclusão:** Lesões por empalamento são infrequentes e seu tratamento é complexo. O trauma penetrante glúteo é uma lesão potencialmente fatal, pela proximidade com estruturas nobres e elevado risco de complicações. Assim, o planejamento cuidadoso para a remoção do objeto é essencial para diminuir a perda de sangue e preservar a função dos órgãos.

Palavras-chave: Glúteo. Cirurgia de Cuidados Críticos. Ferimentos Penetrantes.

Referências:

1. Ugoletti L, Zizzo M, Castro Ruiz C, Pavesi E, Biolchini F, Annessi V. Gluteal, abdominal, and thoracic multiple impalement injuries: A case report on management of a complex polytrauma. Medicine (Baltimore). 2019 May;98(22):e15824.
2. Kanemura T, Hifumi T, Okada I, Kiriu N, Ogasawara T, Hasegawa E, *et al*. Management of a gluteal region impalement injury caused by three reinforced aluminum bars: a case report. J Med Case Rep. 2013 Dec 31;7:295.
3. Angelou D, McKeever M, Doran A, Malik M. Penetrating buttock trauma: A life-threatening injury that highlights the importance of good collaboration with trauma receiving hospitals. Clin Case Rep. 2022 Aug 9;10(8):e6164.

Resumo

RESULTADOS DA CIRURGIA PRÉ-NATAL VERSUS PÓS-NATAL NA MIELOMENINGOCELE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Helena Goretti Vasconcelos[1] , Camila Soranço Castilho1, Giovana Coimbra Silva[1], Ricardo Goretti Vasconcelos[2]

1- Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2- Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Helena Goretti Vasconcelos - helenagorettiv@icloud.com

Introdução: A mielomeningocele (MMC) é a forma mais frequente e grave de espinha bífida aberta, caracterizada pela extrusão da medula espinhal através de um defeito do canal vertebral, geralmente associada a deficiência de ácido fólico durante a gestação. Tradicionalmente, o tratamento envolve a correção cirúrgica pós-natal e o manejo de complicações neurológicas, ortopédicas e renais. Entretanto, o advento da cirurgia fetal em centros especializados trouxe novas perspectivas terapêuticas. **Objetivos:** Comparar os resultados da intervenção cirúrgica pré-natal com a pós-natal na MMC, destacando seus benefícios e malefícios. **Métodos:** Foram analisados ensaios clínicos em inglês, nos últimos 5 anos na base de dados *National Library of Medicine* (MedLine). A busca utilizou descritores em Ciências da Saúde DeCS. Excluíram-se estudos pagos ou com metodologia insuficiente. A revisão seguiu as diretrizes PRISMA. **Resultados:** Os estudos analisados evidenciam que a intervenção pré-natal da MMC foi desenvolvida para diminuir o risco de lesão medular intrauterina. Nesse contexto, quando realizada em centros especializados, demonstra resultados favoráveis a longo prazo, como redução na necessidade de derivação ventriculoperitoneal do líquor (38% vs. 81%), menor incidência de hérnia de Arnold-Chiari II, melhor função motora e nível funcional da medula espinhal em comparação à correção pós-natal, maior independência em atividades de autocuidado (90,8% vs. 85,5%) e maior capacidade de deambulação comunitária (51,3% vs. 23,1%) na idade escolar. No entanto, a abordagem pré-natal envolve riscos fetais, como prematuridade e sofrimento fetal, e riscos maternos, como parto prematuro, ruptura prematura de membranas e maior risco de deiscência ou ruptura uterina em gestações subsequentes. **Conclusão:** O diagnóstico fetal precoce e o avanço das técnicas cirúrgicas modificaram o prognóstico da MMC, reduzindo morbidade e melhorando qualidade de vida infantil ($p < 0,05$). A decisão do momento da intervenção deve ser individualizada, considerando a infraestrutura disponível e os riscos materno-fetais.

Palavras-chave: Resultado do Tratamento. Cirurgia Geral. Cuidado Pré-Natal. Cuidado Pós-Natal. Meningomielocele.

Referências:

1. Houtrow AJ, MacPherson C, Jackson-Coty J, Rivera M, Flynn L, Burrows PK, *et al*. Prenatal Repair and Physical Functioning Among Children With Myelomeningocele: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. JAMA Pediatr. 2021 Apr 1;175(4):e205674.
2. Kunpalin Y, Karadjole VS, Medeiros ESB, Domínguez-Moreno M, Sichitiu J, Abbasi N, *et al*. Benefits and complications of fetal and postnatal surgery for open spina bifida: systematic review and proportional meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2025 Aug;66(2):135-146.
3. Swarup I, Talwar D, Howell LJ, Adzick NS, Horn BD. Orthopaedic outcomes of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. J Pediatr Orthop B. 2022 Jan 1;31(1):87-92.

Resumo

GASTRODUODENOPANCREATECTOMIA TOTAL + ESPLENECTOMIA PARA TRATAMENTO DE TUMOR DE PÂNCREAS - RELATO DE CASO

Daniella Coelho Vandanezi Sobreira[1] , Danielle Fernanda Evangelista Silva[1], Gabriel Bedin Machado[1], Luiz Henrique Silva Borsato[1]

1- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Daniella Coelho Vandanezi Sobreira - daniella.vandanezi@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: O adenocarcinoma ductal pancreático (ADP) é a neoplasia maligna pancreática mais comum e agressiva, originando-se de células epiteliais que revestem os ductos pancreáticos, sendo responsável por 85% a 95% dos tumores pancreáticos sólidos. O tratamento cirúrgico com ressecção completa é a única possibilidade de cura, sendo a pancreatectomia total (PT) indicada em casos selecionados, como na presença de lesões císticas multifocais, em que a ressecção parcial seria insuficiente para o controle oncológico. **RELATO DO CASO:** Masculino, 64 anos, diabético, apresenta icterícia, colúria, acolia fecal e emagrecimento de 20 kg em 3 meses. Exames mostram anemia, hiperbilirrubinemia, enzimas canaliculares elevadas, hipoproteinemia e aumento de marcador tumoral. Ressonância Magnética evidenciou formação cística complexa em cabeça de pâncreas com dilatação de vias biliares e múltiplas lesões císticas no corpo pancreático. Após estadiamento e suporte nutricional, foi submetido a Cirurgia de Whipple com PT e esplenectomia. A anastomose pancreatojejunal foi evitada por alto risco de fístula. Evoluiu com descompensação do diabetes no pós-operatório, sendo adotado comanejo com Endocrinologia e reposição oral de enzimas pancreáticas para tratamento de insuficiência exócrina do pâncreas. Após estabilização, recebeu alta hospitalar. Anatomopatológico revelou ADP, com margens livres e metástases para 3 dos 74 linfonodos. Paciente em quimioterapia adjuvante, sem novas intercorrências. **DISCUSSÃO:** O ADP é uma condição grave com taxa de sobrevida inferior a 10% em 5 anos. O tratamento envolve ressecção cirúrgica associada a terapia sistêmica. A PT, indicada em casos selecionados, leva a diabetes de difícil controle e insuficiência exócrina pancreática. Neste caso, foi necessária devido às múltiplas lesões císticas no corpo pancreático, que deixariam pequeno remanescente e alto risco de fístula anastomótica. **CONCLUSÃO:** A PT, embora associada a repercussões metabólicas, mostrou-se a melhor alternativa cirúrgica para garantir margens livres e reduzir o risco de fístula diante a ADP com lesões císticas multifocais.

Palavras-chave: Pancreaticoduodenectomia. Neoplasias Pancreáticas. Carcinoma Ductal Pancreático. Insuficiência Pancreática Exócrina.

Referências:

1. Schawkat K, Manning MA, Glickman JN, Mortele KJ. Pancreatic Ductal Adenocarcinoma and Its Variants: Pearls and Perils. Radiographics. 2020 Sep-Oct;40(5):1219-1239.
2. Halbrook CJ, Lyssiotis CA, Pasca di Magliano M, Maitra A. Pancreatic cancer: Advances and challenges. Cell. 2023 Apr 13;186(8):1729-1754.
3. Griffin JF, Poruk KE, Wolfgang CL. Is It Time to Expand the Role of Total Pancreatectomy for IPMN? Dig Surg. 2016;33(4):335-42.

Resumo

HÉRNIA LOMBAR EVISCERADA APÓS TRAUMA CONTUSO DE BAIXA ENERGIA: UM RELATO DE CASO

Isabela Barbosa Costa[1], Gabriel dos Santos Martins[1], Maurício Pichler Ricci[2]

1- Faculdade de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo – Brasil
2- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo – Brasil

Autor correspondente:
Isabela Barbosa Costa - belaabcosta@gmail.com

Introdução: A evisceração de conteúdo herniário é uma complicação rara e potencialmente grave de hérnias incisionais, resultante da ruptura espontânea da parede abdominal previamente enfraquecida. Sua incidência em cirurgia geral é baixa (1–3%), mas com morbimortalidade significativa. Hérnias lombares, geralmente secundárias a incisões de lombotomia em nefrectomias, apresentam risco aumentado devido à fragilidade muscular e aponeurótica local, sobretudo em abordagens abertas. **Objetivo:** Relatar um caso de evisceração de conteúdo herniário após queda da própria altura em paciente com hérnia incisional lombar secundária a nefrectomia, discutindo os fatores predisponentes, manejo cirúrgico e revisão da literatura recente. **Metodologia:** Relato de caso descritivo e retrospectivo baseado em atendimento hospitalar de paciente idosa submetida a correção cirúrgica de evisceração. A coleta de dados incluiu informações clínicas e operatórias. Realizou-se revisão narrativa da literatura nas bases PubMed e SciELO (2020–2025). **Resultados:** Paciente feminina, 74 anos, portadora de hérnia incisional em flanco esquerdo há cinco anos, apresentou evisceração intestinal após queda da própria altura. Submetida a laparorrafia emergencial com ressecção do saco herniário, avaliação de viabilidade das alças e reforço da parede abdominal com tela de polipropileno em técnica onlay. Evoluiu satisfatoriamente, com alta no terceiro dia pós-operatório e sem intercorrências. **Conclusão:** A evisceração decorrente de hérnia incisional é evento incomum e potencialmente fatal, exigindo intervenção imediata. Fatores predisponentes incluem hérnias de longa evolução, atrofia tecidual e trauma contuso. O reparo com tela protética mostrou-se eficaz e seguro, reduzindo risco de recidiva. O relato reforça a importância da detecção precoce e da correção cirúrgica adequada de hérnias de risco.



Figura 1: Conteúdo herniário eviscerado, antes do procedimento cirúrgico.

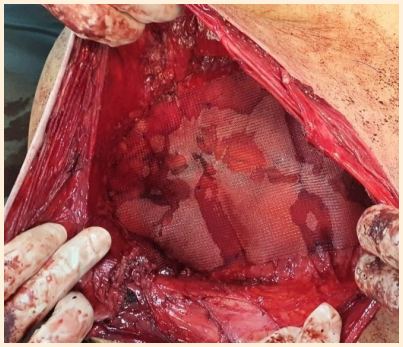


Figura 2: Posicionamento de tela de polipropileno em intraoperatório.



Figura 3: Resultado final após procedimento cirúrgico com presença de dreno de sucção.

Palavras-chave: Hérnia Incisional. Complicações Intraoperatórias.

Referências:

1. Lim EW, Ngaserin S, Foo FJ. Inside-out: Spontaneous bowel evisceration, a rare complication of the ventral hernia. Int J Abdom Wall Hernia Surg 2020;3:155-7.
2. Das S, Shaikh O, Gaur NK, Balasubramanian G. Spontaneous Evisceration of Small Bowel in Incisional Hernia. Cureus. 2022 Feb 18;14(2):e22374.
3. Miura T, Tsujinaka S, Nakano T, Katayose Y, Shibata C. Laparoscopic Intraperitoneal Onlay Mesh Repair for Symptomatic Secondary Lumbar Hernia After Retroperitoneoscopic Nephrectomy: A Case Report. Cureus. 2024 Dec 18;16(12):e75922.
4. Rosen MJ, Krpata DM, Petro CC, Carbonell A, Warren J, Poulose BK, *et al*. Biologic vs Synthetic Mesh for Single-stage Repair of Contaminated Ventral Hernias: A Randomized Clinical Trial. JAMA Surg. 2022 Apr 1;157(4):293-301.
5. Henriksen NA, Kaufmann R, Simons MP, Berrevoet F, East B, Fischer J, *et al*. EHS and AHS guidelines for treatment of primary ventral hernias in rare locations or special circumstances. BJS Open. 2020 Apr;4(2):342-353.

Resumo

LIPOMA GIGANTE LOCALIZADO EM REGIÃO PERIAXILAR: RELATO DE CASO

Ana Beatriz Vieira Oliveira[1], Julia Martins Abrahão[2], Laura Mudadu Silva Sartori de Carvalho[2], Cirênio de Almeida Barbosa[2]

1. Faculdade de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Ana Beatriz Vieira Oliveira - oanabeatriz12@gmail.com

Introdução: Lipomas são os tumores benignos de partes moles mais prevalentes. A classificação como lipoma gigante se dá quando tem pelo menos 10 cm de diâmetro ou um peso mínimo de 1.000g, destacam-se por crescimento progressivo, limitações funcionais (especialmente em axila), incômodo estético e risco de transformação sarcomatosa, tornando a excisão cirúrgica completa o tratamento de escolha. **Métodos:** Relato de caso descritivo com consentimento informado, baseado em avaliação clínica ambulatorial, documentação cirúrgica, estudo anatomopatológico e revisão narrativa da literatura. **Descrição do Caso:** Homem, 59 anos, hipertenso, diabético e obeso grau III, com nodulação axilar esquerda de crescimento progressivo há 5 anos, medindo 20x10x8 cm (1.600 cm^3). Lesão mole, indolor, móvel, não aderente a planos profundos, com pele suprajacente íntegra. Submetido à exérese total sob anestesia geral, com grande descolamento subcutâneo e colocação de dreno Penrose. Recebeu alta no primeiro dia de pós-operatório. Retorno no décimo sétimo dia com retirada de dreno e pontos, resolução completa do volume e função preservada do membro. **Discussão:** Embora raros, lipomas gigantes têm fisiopatologia incerta; a teoria traumática associa-os a hematoma pós-contuso com hiperplasia adiposa, mas permanece controversa. Diagnóstico é primariamente clínico, complementado por ultrassonografia para delimitar extensão e relações anatômicas; biópsia pré-operatória é contraindicada por risco de disseminação e diagnóstico impreciso. A ressecção aberta é preferida à lipoaspiração, garantindo remoção integral, margens livres e exclusão de sarcomatose – crucial em localização axilar, onde volumes elevados distorcem a anatomia e limitam a mobilidade. **Conclusão:** Lipomas gigantes axilares, apesar de benignos, demandam excisão precoce, devido a impactos funcionais e ao potencial risco oncológico. A intervenção cirúrgica total demonstrou excelentes desfechos, com rápida recuperação e preservação funcional.

Palavras-chave: Lipoma. Neoplasias de Tecidos Moles. Axila.

Referências:

1. Rydholm A, Berg NO. Size, site and clinical incidence of lipoma. Factors in the differential diagnosis of lipoma and sarcoma. Acta Orthop Scand. 1983 Dec;54(6):929-34.
2. Sanchez MR, Golomb FM, Moy JA, Potozkin JR. Giant lipoma: case report and review of the literature. J Am Acad Dermatol. 1993 Feb;28(2 Pt 1):266-8.
3. Zografos GC, Kouerinis I, Kalliopi P, Karmen K, Evagelos M, Androulakis G. Giant lipoma of the thigh in a patient with morbid obesity. Plast Reconstr Surg. 2002 Apr 1;109(4):1467-8.
4. Borisa AD, Pawar NH, Bakhshi GD, Puri YS, Shaikh A, Nikam NN. Giant axillary lipoma. Bombay Hosp J 2009;51:91–93.
5. Huang JC, Hsu KF, Hsu HM, Chan DC, Yu JC. Giant axillary lipoma. J Med Sci. 2009;29(4):213–5.

Resumo

SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO IV: DIAGNÓSTICO INTRAOPERATÓRIO E TRATAMENTO - RELATO DE CASO CLÍNICO

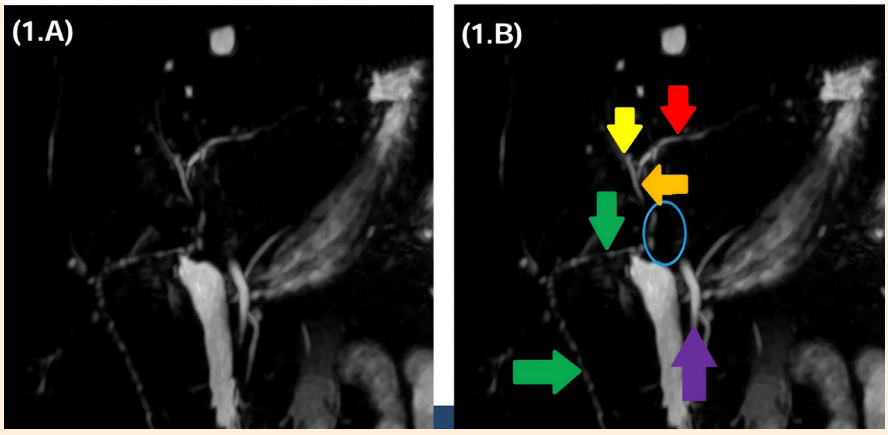
Ícaro Sathler Rodrigues Lourenço[1], Izabella Lima Caldeira Rodes[1], Célio Carvalho de Moraes Junior[1]

1- Faculdade de Medicina do Centro Universitário Univértix, Matipó, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Ícaro Sathler Rodrigues Lourenço - sathlericaro386@gmail.com

Introdução: Síndrome de Mirizzi (SM) é um distúrbio incomum decorrente de complicações da colelitíase crônica, provocada pela impactação de cálculos biliares no ducto cístico ou infundíbulo da vesícula biliar, comprimindo extrínsecamente o ducto hepático comum (DHC), podendo sofrer inflamação crônica e desenvolver fístulas colecistobiliares. Na classificação de Csendes, a SM tipo IV ocorre deformação total da parede do DHC. **Métodos:** Informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio da revisão do prontuário, entrevista com a equipe médica, registros de imagens de exames diagnósticos e revisão de literatura no PubMed e Portal de Periódicos da CAPES. **Descrição do Caso:** Paciente M.G.A., mulher, 66 anos, encaminhada ao ambulatório de cirurgia geral, com indicação para cirurgia eletiva de colecistolitíase videolaparoscópica (CVL) previamente diagnosticada. Queixava-se de dores intensas em hipocôndrio direito havia 6 meses, principalmente pós-prandiais. Como comorbidades, foram registradas hipertensão arterial, obesidade grau III e esteatose hepática. Exames de risco cirúrgico laboratoriais e de imagem apresentaram-se inalterados. Liberada pelo cardiologista, anestesiologista e cirurgião do município para intervenção eletiva. Paciente foi submetida a videolaparoscopia por incisão transumbilical para insuflação de CO_2, permitindo expandir e observar a cavidade peritoneal. Durante a dissecção do trígono de Calot, identificou-se a SM tipo IV, com destruição do ducto cístico, invasão do DHC e ducto colédoco (DC). Foi realizada colecistectomia, ressecção parcial do DHC e DC, anastomose término-terminal dos ductos e instalação do dreno suctor exteriorizado em incisão no flanco direito sem indicação de conversão para cirurgia aberta. **Discussão:** SM é mais frequente no sexo feminino e em países em desenvolvimento, o tratamento é exclusivamente cirúrgico, diagnóstico pré-operatório por imagem é difícil e pouco revelador, sendo mais comum ocorrer no transoperatório. **Conclusão:** SM é uma complicação rara da colelitíase que exige uma investigação clínica pré-operatório dedicada para ser corretamente diagnosticada.

Figura 1.A - Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética (CPRM) pós cirurgia de colecistectomia. Figura 1.B – CPRM evidenciando: Seta Verde = cateter do dreno Porto-VAC 4,8mm; Seta Vermelha = ducto hepático esquerdo; Seta Amarela = ducto hepático direito; Seta Laranja = ducto hepático comum; Seta Roxa = ducto colédoco; Círculo Azul = anastomose (descontinuidade causada por edema pós-operatório).



Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi. Colelitíase. Colecistectomia.

Referências:

1. Torrez SEP, Mota IAC. Síndrome de Mirizzi: revisão de literatura. Braz J Hea Rev 2022;5:16911–8.
2. Vital LS, Dias MP, Santos JJ, Souza RM, Porto SS, Souza RF, *et al.* Principais aspectos sobre a abordagem cirúrgica da Síndrome de Mirizzi. Braz J Hea Rev 2022;5:19148–57.
3. Galiza MFG, Rosa OMS, Ribeiro WG, Lopes PLA. Relato de caso: síndrome de Mirizzi. Braz J Hea Rev 2023;6:6316–28.

Resumo

RESUMO SIMPLES: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA CIRURGIA ROBÓTICA NA ABORDAGEM CIRÚRGICA DA ENDOMETRIOSE COLORRETAL

Bianca Quintella Garcia de Oliveira[1], Julia Lisboa de Miranda Abade[1], Mauro Toledo Sirimarco[1]

1- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Bianca Quintella Garcia de Oliveira - bianca.quintella@estudante.ufjf.br

Introdução: A endometriose com acometimento colorretal constitui um desafio cirúrgico complexo, demandando dissecções em planos anatômicos profundos e adjacentes a estruturas nobres. A cirurgia robótica (CR) surge como avanço da laparoscopia, promovendo visão tridimensional, instrumentação articulada e ergonomia superior, com potencial para otimizar a performance cirúrgica. **Objetivos:** Analisar a evidência científica da CR na endometriose colorretal, comparando-a à laparoscopia convencional (LPS) quanto à sua adoção, e desfechos perioperatórios, visando contextualizar o seu papel na prática cirúrgica multidisciplinar. **Métodos:** Realizou-se uma revisão narrativa, na base de dados BVS e PubMed, com os descritores DeCS/MeSH: "Procedimentos cirúrgicos robóticos", "Endometriose", "Intestino grosso" e "Reto", combinados com os operadores booleanos AND/OR. Consideraram-se trabalhos redigidos em português e inglês, gratuitos e publicados nos últimos 5 anos. Os estudos elegíveis incluíram revisão de literatura, ensaio clínico controlado, revisão sistemática e estudo prognóstico. **Revisão Bibliográfica:** A literatura evidencia preferência pela CR em centros especializados e em casos complexos, devido às vantagens na precisão, mobilidade e visualização cirúrgica, atrelados à redução de perda sanguínea e ao menor tempo de internação. Contudo, a CR implica em tempo operatório prolongado, assimetrias de treinamento e heterogeneidade metodológica, além de enfrentar barreiras à implementação, como alto custo e insuficiências de evidências científicas. A maioria dos estudos não reporta diferenças estatisticamente significantes nas taxas de complicações ou de conversão para laparotomia, questionando a tradução das vantagens técnicas em superioridade clínica. **Considerações Finais:** A cirurgia robótica é segura e factível para o tratamento da endometriose colorretal. Contudo, a evidência atual não sustenta sua superioridade clínica sobre a laparoscopia de forma a justificar sua adoção indiscriminada. A indicação da CR deve ser criteriosa e individualizada, ponderando complexidade, proficiência da equipe e custos institucionais, enquanto se aguardam os resultados de ensaios clínicos randomizados que elucidem seu valor em desfechos de longo prazo.

Palavras-chave: Procedimentos Cirúrgicos Robóticos. Endometriose. Intestino Grosso. Reto.

Referências:

1. Hebert T. Robotic assisted laparoscopy for deep infiltrating endometriosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2024 Feb;92:102422.
2. Hur C, Falcone T. Robotic treatment of bowel endometriosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2021 Mar;71:129-143.
3. Krentel H, Samartzis N, Kalaitzopoulos DR, Constantin AS, Schweppe KW, Metzler JM, *et al.* Current status of robot-assisted surgery implementation in endometriosis centers: an international multicentric cross-sectional study. Arch Gynecol Obstet. 2025 Sep;312(3):871-883.
4. Mikhail E, Pavlovic ZJ, Al Jumaily M, Kheil MH, Moawad GN, Soares T. Robot-Assisted Surgery for Endometriosis Current and Future Perspectives. Surg Technol Int. 2022 May 19;40:197-202.
5. Song Z, Li S, Luo M, Li H, Zhong H, Wei S. Assessing the role of robotic surgery versus laparoscopic surgery in patients with a diagnosis of endometriosis: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2023 Dec 15;102(50):e33104.

Resumo

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES COM HÉRNIA DE AMYAND: REVISÃO DA LITERATURA

Esther Fernandes de Souza[1], Gabriela Campos de Paiva[1], Larissa Bianchini Moraes[1], Mauro Toledo Sirimarco[1]

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

Autor correspondente: Esther Fernandes de Souza - esther.fernandes@estudante.ufjf.br

Introdução: A Hérnia de Amyand (HA) é definida como a presença do apêndice vermiforme no saco herniário da hérnia inguinal. É uma condição rara que acomete 1% dos casos de hérnias inguinais. Seu diagnóstico se dá, majoritariamente, durante cirurgia de correção de hérnia inguinal, podendo ocorrer perfuração ou inflamação do apêndice, levando a uma apendicectomia. **Objetivos:** Analisar o diagnóstico e o tratamento cirúrgico em casos de Hérnia de Amyand. **Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura nas bases PubMed e SciELO, utilizando os descritores "Amyand's hernia", "diagnosis" e "surgical treatment". Foram identificados 35 artigos e selecionados 5, publicados entre 2020 e 2025, conforme relevância e adequação ao tema. **Resultados:** Os artigos ressaltam o difícil diagnóstico da HA, devido à generalidade dos sintomas e da raridade da condição. Além disso, a conduta cirúrgica é determinada a partir da classificação de Losanoff, a qual classifica o tipo de hérnia de Amyand de acordo com a presença ou ausência de apendicite e de patologias abdominais associadas. **Conclusão:** É importante considerar o diagnóstico diferencial, com o uso de exames de imagem, além da escolha cirúrgica visando a menor intervenção e melhor recuperação do paciente com HA.
Palavras-chave: Hérnia. Apendicite. Diagnóstico Diferencial. Cirurgia Geral.

Referências:

1. Raj N, Andrews BT, Sood R, Saani I, Conroy M. Amyand's Hernia: A Radiological Solution of a Surgical Dilemma. Cureus. 2023 Jan 19;15(1):e33983.
2. Gao Y, Zhang T, Zhang M, Hu Z, Li Q, Zhang X. Amyand's hernia: a 10-year experience with 6 cases. BMC Surg. 2021 Jul 23;21(1):315.
3. Caruso G, Toscano C, Evola G, Benfatto SAM, Reina M, Reina GA. Gangrenous appendicitis in Amyand's hernia: Surgical approach under local anesthesia. Case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep. 2021 Feb;79:215-218.
4. AlKwider HA, Froh M. Case report for a patient with an inguinal hernia diagnosed with an Amyand's hernia during surgery. Ann Med Surg (Lond). 2023 May 24;85(6):3163-3165.
5. Kawata A, Hasegawa M, Morishita S, Fujii T, Hagiwara O, Joki N, *et al.* Amyand's Hernia diagnosed preoperatively via a CT scan: A case report. Radiol Case Rep. 2024 May 3;19(8):2923-2928.

Resumo

INFLUÊNCIA DA SUPERFÍCIE DO IMPLANTE MAMÁRIO NOS RESULTADOS E COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Valentina Rodrigues Granato Falce Daldegan[1], Luísa Gomes Hott[1], Wanderley Bertoni Linares[3]

1- Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2- Faculdade de Medicina da Universidade de Minas, Muriaé, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Valentina Rodrigues Granato Falce Daldegan - valentina.daldegan@aluno.suprema.edu.br

Introdução: Os implantes mamários são amplamente utilizados em cirurgias plásticas e reconstrutivas, com diferentes superfícies desenvolvidas para otimizar resultados e reduzir complicações. A escolha entre implantes lisos ou texturizados é tamplamemte debatido, especialmente após a associação entre texturização e o linfoma anaplásico de grandes células associado a implantes mamários (BIA-ALCL). A literatura recente busca esclarecer diferenças nos desfechos cirúrgicos e complicações, incluindo contratura capsular, infecção e necessidade de reoperação. **Objetivos**: Avaliar a influência da superfície do implante mamário nos resultados cirúrgicos e complicações pós-operatórias, comparando próteses lisas e texturizadas. **Métodos**: Foi conduzida uma Revisão Sistemática da Literatura na base de dados MedLine, com descritores obtidos no DeCS: "Implantes mamários"; "Complicações pós-operatórias"; "Contratura capsular em implantes"; "Resultado do Tratamento". Foram incluídos ensaios clínicos e estudos observacionais com comparação entre superfícies lisas e texturizadas, em humanos, publicados em inglês nos últimos dez anos. Foram excluídos estudos com metodologia inadequada ou sem relação direta com o tema. A escala PRISMA foi utilizada para sistematizar a seleção. **Resultados**: Foram identificados 284 estudos, dos quais três compuseram a análise final. Os achados sugerem que a textura da prótese pode influenciar o comportamento da cápsula periprotética e o padrão de complicações. Implantes com maior rugosidade mostraram tendência à menor contratura capsular e menor necessidade de reoperação, especialmente em reconstruções de maior risco inflamatório. Já os lisos apresentaram bom perfil de segurança e menor associação com eventos adversos graves. Apesar dessas variações, não há evidências consistentes de superioridade entre as superfícies quanto à eficácia ou resultado estético. **Conclusão**: As diferenças entre implantes lisos, texturizados e revestidos de poliuretano são sutis e dependem do contexto cirúrgico e das características da paciente. A escolha deve ser individualizada, considerando risco, anatomia e preferências cirúrgicas.

Palavras-chave: Implantes de Mama. Complicações Pós-operatórias. Contratura Capsular em Implantes. Resultado do Tratamento.

Referências

1. Wixtrom RN, Garadi V, Leopold J, Canady JW. Device-Specific Findings of Imprinted-Texture Breast Implants: Characteristics, Risks, and Benefits. Aesthet Surg J. 2020 Jan 29;40(2):167-173.
2. Loreti A, Siri G, De Carli M, Fanelli B, Arelli F, Spallone D, *et al.* Immediate Breast Reconstruction after mastectomy with polyurethane implants versus textured implants: A retrospective study with focus on capsular contracture. Breast. 2020 Dec;54:127-132.
3. Calaes IL, Motta MM, Basso RC, Calderoni DR, Kharmandayan P. Comparative clinical evaluation of breast augmentation using silicone foam coated implants and textured implants. Acta Cir Bras. 2020 Jun 5;35(4):e202000407.
4. Fijany AJ, Chaker SC, Hung YC, Zago I, Friedlich N, Olsson SE, *et al.* Complication Profiles of Smooth vs Textured Tissue Expanders in Breast Reconstruction: A Systematic Review and Meta-Analysis. Aesthet Surg J. 2024 Mar 15;44(4):383-393.
5. Calobrace MB, Schwartz MR, Zeidler KR, Pittman TA, Cohen R, Stevens WG. Long-Term Safety of Textured and Smooth Breast Implants. Aesthet Surg J. 2017 Dec 13;38(1):38-48.

Resumo

O REPARO DO TENDÃO FLEXOR COM A TÉCNICA WALANT: A EVOLUÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA DE VERIFICAÇÃO ATIVA INTRAOPERATÓRIA

Júlia Matos Rocha[1], Yasmim Figueiredo Rosa[1], Hugo Lorran Souza Costa[1], Gabriel Meireles Azevedo Pereira[2]

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2. Hospital Maria Amélia Lins, Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Júlia Matos Rocha - juliamatos.rocha@estudante.ufjf.br

Introdução: A transição para cirurgias ambulatoriais impulsionou o desenvolvimento de técnicas anestésicas inovadoras, como a WALANT (Anestesia Local Totalmente Desperta, Sem Torniquete), que permite testes funcionais durante o procedimento a partir de anestésico local e epinefrina, dispensando torniquete e sedação. **Objetivos:** Analisar a evolução do WALANT no reparo do tendão flexor, ressaltando o impacto da checagem ativa intraoperatória e sumarizando resultados clínicos e custo-benefício. **Métodos**: Revisão narrativa de literatura baseada na análise integral de 5 artigos principais (2009-2025), selecionados da base PubMed com os descritores "WALANT", "flexor tendon repair", "intraoperative active verification", "rehabilitation" e "cost-effectiveness", para sintetizar a evolução da técnica. **Resultados**: O WALANT tem como foco a verificação ativa intraoperatória. Isso permite a correção imediata de gaps (precursores de ruptura) e a avaliação do deslizamento do tendão nas polias (prevenindo aderência), ao mesmo tempo que otimiza a preservação da polia. O teste de flexão ativa intraoperatória impulsionou a evolução da tenorrafia e da preservação das polias, viabilizando reparos 10-30% mais volumosos. O cirurgião pode liberar as polias (A2 ou A4) na medida exata para o deslizamento, evitando o efeito "corda de arco". Tal fator contribui para a movimentação ativa precoce protegida com tala de bloqueio dorsal entre 3 a 5 dias de pós-operatório. O WALANT possui vantagens econômicas (70-85% de economia), por eliminar anestesista e otimizar o uso de salas. A evidência de que a verificação ativa previne rupturas ainda amadurece. **Conclusão**: O WALANT aprimorou a técnica com checagem ativa, corrigindo falhas em tempo real para reparos mais fortes com mínima liberação de polias. Mesmo com dados de menor ruptura em maturação, suas vantagens em custo, eficácia e aprimoramento técnico consolidam o WALANT.



Figura 1 - Reparo de tendão flexor em WALANT. A palidez da pele (efeito da epinefrina) permite a cirurgia sem torniquete. Imagem mostra um reparo robusto de 6 fios (M-Tang), cuja viabilidade é confirmada pelo teste ativo intraoperatório.
(Fonte: Adaptado da Referência 5)

Palavras-chave: Anestesia Local. Análise de Custo-Efetividade. Traumatismos dos Tendões. Reabilitação. Tendões.

Referências:

1. Shadid O, Novo J, Saini R, Marcaccini G, Sacks BK, Rozen WM, *et al*. Hand Surgery Anaesthesia Innovations: Balancing Efficiency, Cost, and Comfort with WALANT, Ultrasound, and Emerging Adjuncts-A Narrative Review. J Clin Med. 2025 Aug 30;14(17):6146.

2. Degreef I, Lalonde DH. WALANT surgery of the hand: state of the art. EFORT Open Rev. 2024 May 10;9(5):349-356.
3. Lalonde DH. Wide-awake flexor tendon repair. Plast Reconstr Surg. 2009 Feb;123(2):623-625.
4. Lalonde DH, Sepehripour S. Recent Developments in WALANT Flexor Tendon Repair and Rehabilitation. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2025 Mar 21;13(3):e6573.
5. Tang JB. Wide-Awake Primary Flexor Tendon Repair, Tenolysis, and Tendon Transfer. Clin Orthop Surg. 2015 Sep;7(3):275-81.

Resumo

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE CANAL ANAL: O QUE AS DIRETRIZES ATUAIS RECOMENDAM?

Camilo Costa Ferreira[1], Lorena Nagme de Oliveira Pinto[1], Julia Diniz Ferreira[1], Cristiane de Souza Bechara Mota[1]

1- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Camilo Costa Ferreira - camilo.ferreira@estudante.ufjf; ferreira.camilocosta@gmail.com

Introdução: O câncer de canal anal é uma patologia rara, mas de incidência crescente em grupos específicos, como pessoas que vivem com HIV (PLWH), homens que fazem sexo com homens (HSH) e imunodeprimidos. Assim como o câncer de colo do útero, está intrinsecamente associado à infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), especialmente pelos tipos 16 e 18. A carcinogênese do câncer de canal anal acontece a partir de lesões pré-malignas, principal alvo de tratamento, uma vez que o tratamento das lesões intraepiteliais escamosas reduz a incidência do câncer (PALEFSKY *et al.*, 2022). **Objetivos:** Revisar a literatura recente sobre os protocolos e benefícios do rastreamento do câncer de canal anal. **Métodos:** Foi realizada revisão narrativa da literatura científica recente, com busca na plataforma PubMed priorizando publicações entre 2022 e 2024 que abordassem rastreamento, prevenção e manejo das lesões precursoras do câncer anal. **Resultados:** O câncer de canal anal pode ser prevenido pelo do tratamento de lesões escamosas intraepiteliais; achados como LSIL e ASC-US podem ser complementados com a realização do teste molecular do HPV antes do encaminhamento para a anuscopia de alta resolução; achados como HSIL e ASC-H, devem ser encaminhados diretamente para a realização do exame (STIER *et al.*, 2024). Na anuscopia de alta resolução, lesões suspeitas de neoplasia intraepitelial de alto grau devem ser biopsiadas e tratadas. **Conclusão:** O rastreamento do câncer de anus deve ser realizado de forma sistemática em populações específicas. Faz-se necessária a disponibilidade de recursos que permitam a interrupção do curso de desenvolvimento do câncer por meio do tratamento de lesões escamosas. Além disso, é fundamental o treinamento contínuo de profissionais para realização do procedimento (CARCHMAN; SANGER, 2025). Por fim, espera-se que, com a implementação dessas medidas, ocorra redução na incidência e na mortalidade por câncer do canal anal.

Palavras-chave: Neoplasias do Ânus. Papilomavírus Humanos. Programas de Rastreamento.

Referências:

1. Carchman E, Sanger CB. Anal cancer prevention: A field in need of scientific Advancement. Virology. 2025 Jan;602:110323.
2. Natale A, Brunetti T, Orioni G, Gaspari V. Screening of Anal HPV Precancerous Lesions: A Review after Last Recommendations. J Clin Med. 2024 Sep 4;13(17):5246.
3. Palefsky JM, Lee JY, Jay N, Goldstone SE, Darragh TM, Dunlevy HA, *et al.* Treatment of Anal High-Grade Squamous Intraepithelial Lesions to Prevent Anal Cancer. N Engl J Med. 2022 Jun 16;386(24):2273-2282.
4. Stier EA, Clarke MA, Deshmukh AA, Wentzensen N, Liu Y, Poynten IM, *et al.* International Anal Neoplasia Society's consensus guidelines for anal cancer screening. Int J Cancer. 2024 May 15;154(10):1694-1702.

Resumo

TRATAMENTO CONSERVADOR VERSUS INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PRECOCE NAS FÍSTULAS ENTEROCUTÂNEAS PÓS-OPERATÓRIAS UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Camila Soranço Castilho[1], Helena Goretti Vasconselos[1], Giovana Coimbra Silva[1], Ricardo Goretti Vasconselos[2]

1- Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2- Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Camila Soranço Castilho - camila.castilho@aluno.suprema.edu.br

Introdução: As fístulas enterocutâneas são complicações graves do pós-operatório abdominal, geralmente decorrentes de deiscência anastomótica ou infecção. O manejo envolve suporte clínico, controle do débito fistuloso e nutrição, podendo exigir cirurgia, embora o momento ideal da intervenção e a eficácia do tratamento conservador ainda sejam controversos. **Objetivos:** Analisar os resultados do tratamento conservador em comparação à intervenção cirúrgica precoce nas fístulas enterocutâneas pós-operatórias. **Métodos:** Foram pesquisados estudos na base de dados MedLine, utilizando palavras-chave obtidas no DeCS e aplicando-se critérios de inclusão e exclusão. As combinações para a frase de pesquisa utilizaram os seguintes termos: "Fístula enterocutânea", "Tratamento conservador", "Intervenção cirúrgica precoce" e "Complicações pós-operatórias". Foram analisados ensaios clínicos controlados, realizados em humanos nos últimos 10 anos, em língua inglesa. Foram incluídos estudos diretamente relacionados ao tema e foram excluídos estudos com metodologia pouco clara. A escala PRISMA 2020 foi utilizada com o intuito de sistematizar o relato desta revisão. **Resultados:** Dos 22 estudos inicialmente encontrados, 4 foram incluídos no escopo e análise final. As fístulas enterocutâneas pós-operatórias surgem principalmente entre o 5º e 10º dia. O tratamento conservador apresentou taxa de fechamento de 78% e cicatrização média de 21 a 63 dias, enquanto a intervenção cirúrgica precoce teve sucesso em 91% dos casos e cicatrização de 14 a 35 dias. Complicações graves como sepse e abcessos intra-abdominais, foram menores no grupo cirúrgico precoce (15% versus 22%) e o tempo de internação também foi menor (18–32 dias versus 28–45 dias). **Conclusão:** O manejo conservador é eficaz em pacientes estáveis com fístulas de baixo débito, enquanto a intervenção cirúrgica precoce apresenta maior sucesso, cicatrização mais rápida e menor tempo de internação.

Palavras-chave: Fístula Cutânea. Tratamento Conservador. Procedimentos Cirúrgicos Operatórios. Complicações Pós-Operatórias.

Referências:

1. Ballard DH, Erickson AEM, Ahuja C, Vea R, Sangster GP, D'Agostino HB. Percutaneous management of enterocutaneous fistulae and abscess-fistula complexes. Dig Dis Interv. 2018 Jun;2(2):131-140.
2. Morinaga K, Rikimaru Y, Kiyokawa K. Treatment of Abdominal Surgical Wound Dehiscence With Bowel Exposure and Infection: Using Intrawound Continuous Negative Pressure, Irrigation, and Application of Artificial Dermis. Ann Plast Surg. 2019 Feb;82(2):213-217.
3. Gronnier C, Chambrier C, Duhamel A, Dervaux B, Collet D, Vaudoyer D, *et al*. Enteral versus parenteral nutrition in the conservative treatment of upper gastrointestinal fistula after surgery: a multicenter, randomized, parallel-group, open-label, phase III study (NUTRILEAK study). Trials. 2020 Jun 2;21(1):448.

Resumo

CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS E RETALHO KEYSTONE EM DERMATOFIBROSSARCOMA INICIALMENTE TRATADO COMO QUELOIDE: RELATO DE CASO

Rafaela Spertine Moreira Neves[1], Thomás Alvim Mendonça Borges de Almeida[1], Mariana Martins Mendes[2], Marilho Tadeu Dornelas[1]

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2. Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Valença, Valença, Rio de Janeiro – Brasil

Autor correspondente: Rafaela Spertine Moreira Neves - rafaelaspertine17@gmail.com

Introdução: O dermatofibrossarcoma protuberans (DFSP) é uma neoplasia cutânea rara que afeta entre 0,8 a 4,5 milhões de pessoas por ano. Dado o seu crescimento insidioso e apresentação inespecífica, o DFSP pode ser confundido com lesões benignas, como queloides. A Cirurgia Micrográfica de Mohs (CMM) é o tratamento padrão-ouro, pois permite o exame completo das margens cirúrgicas, reduzindo significativamente as taxas de recidiva. O Retalho Keystone (KDPIF) é uma opção reconstrutiva simples, segura e de bons resultados estéticos após ressecções amplas. **Relato de Caso:** Masculino, 46 anos, previamente hígido, apresentou lesão cutânea indolor de 5 cm no dorso superior direito. Foi acompanhado por dois anos com diagnóstico de cicatriz queloidiana, recebendo tratamento tópico, sem resposta satisfatória. Com a progressão do quadro, foi realizada biópsia em fuso que revelou DFSP. Optou-se pela CMM, sendo necessários três estágios. Foram examinadas 16 margens laterais e 16 profundas, evidenciando celularidade atípica na derme, que persistia em cortes aprofundados, sem formação de estruturas epiteliais ou ductos de glândulas écrinas. Após confirmação de margens livres, o defeito cirúrgico foi reconstruído com o KDPIF e o paciente evoluiu sem intercorrências. **Resultados :**As margens do DFSP são difíceis de definir devido à infiltração em pseudópodes que invadem os tecidos adjacentes. Ademais, o tumor pode apresentar crescimento descontínuo, com células neoplásicas estendendo-se além das margens clinicamente aparentes. A CMM permite um controle histológico rigoroso e conserva o máximo de tecido saudável possível. Ademais, a imunohistoquímica rápida para CD34 pode ser usada, visando aumentar a sensibilidade do método. Para a reconstrução, o KDPIF destaca-se como alternativa eficaz, pois possui excelente vascularização e baixo índice de necrose. **Conclusão:** A associação entre a precisão da CMM e a confiabilidade do KDPIF resultou em uma abordagem eficaz e segura para um tumor agressivo cujo diagnóstico tardio atrasou o tratamento definitivo.

Palavras-chave: Dermatofibrossarcoma. Cirurgia de Mohs. Retalho Perfurante.

Referências:

1. Lockhart C, Knackstedt T, Kromer C. Keystone Flap Reconstruction After Large Mohs Micrographic Surgery Defect of Basal Cell Carcinoma on the Upper Arm: A Case Report. Cureus. 2022 Jun 7;14(6):e25709.
2. Loghdey MS, Varma S, Rajpara SM, Al-Rawi H, Perks G, Perkins W. Mohs micrographic surgery for dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP): a single-centre series of 76 patients treated by frozen-section Mohs micrographic surgery with a review of the literature. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014 Oct;67(10):1315-21.
3. Siddiqui FS, Sathe NC, Leavitt A. Mohs Micrographic Surgery Evaluation and Treatment of Dermatofibrosarcoma Protuberans. 2024 Aug 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–.

Resumo

PREVALÊNCIA DO HIPOPARATIREOIDISMO APÓS TIREOIDECTOMIA TOTAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Gabriella Diniz Pereira dos Santos[1] , Larissa Minighin Moreira Ottoni[1], Maria Inês Boechat Gomes[1]

1- Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Gabriella Diniz Pereira dos Santos - dinizgabriella25@gmail.com

Introdução: A tireoidectomia total (TT) é o procedimento mais comum realizado em cirurgia endócrina para o tratamento de doenças tireoidianas neoplásicas e não neoplásicas. Assim, apesar dessa cirurgia ser um procedimento seguro e com uma baixa taxa de mortalidade, ainda existem riscos a longo prazo para os pacientes após o procedimento. Dessa forma, um dos riscos é o hipoparatireoidismo pós-operatório, uma condição induzida por dano iatrogênico às glândulas paratireoides durante a TT, que leva à diminuição da produção de paratormônio circulante, causando hipocalcemia e hiperfosfatemia. **Objetivos:** O presente estudo visa investigar a prevalência do hipoparatireoidismo em pacientes submetidos a TT. **Métodos:** Realizou-se uma revisão sistemática de acordo com PRISMA. Um levantamento na plataforma PubMed utilizou os descritores "thyroidectomy" e "hypoparathyroidism". Somente estudos observacionais, realizados em humanos e dos últimos seis anos foram incluídos; e os estudos que não foram pertinentes ao objetivo foram excluídos. **Resultados:** Ao final da busca, foram incluídos seis artigos, que analisaram, juntos, 12321 pacientes submetidos a TT, em sua maioria, mulheres. A prevalência do hipoparatireoidismo pós-operatório prolongado encontrada variou entre 11% e 31,5%; e a prevalência do hipoparatireoidismo pós-operatório permanente variou entre 2,39% e 23,5%, fatores como sexo e idade não estão relacionados ao risco de apresentar a condição. Essa amplitude nos resultados pode ser explicada pelos diferentes critérios de classificação dessas condições, visto que o hipoparatireoidismo permanente pode ser definido a partir de seis meses ou um ano de deficiência nas paratireoides. Entretanto, um estudo identificou que, de uma amostra com 964 participantes, oito pacientes recuperaram a função paratireoidiana após um período superior a 12 meses. **Conclusão:** O hipoparatireoidismo é uma complicação comum da TT, no entanto as divergências nos critérios de classificação da deficiência transitória ou permanente mostram a importância de investigações futuras para descrevê-la com maior precisão.

Palavras-chave: Tireoidectomia. Hipoparatireoidismo. Doença Iatrogênica.

Referências:

1. Loncar I, Noltes ME, Dickhoff C, Engelsman AF, Schepers A, Vriens MR, *et al.* Persistent Postthyroidectomy Hypoparathyroidism in the Netherlands. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2021 Nov 1;147(11):959-965.
2. Vilar Tabanera JA, Gómez Ramirez J, Brabyn P, Barranquero AG, Puerta Vicente A, Porrero B, *et al.* Dynamics of PTH levels in the development of post-operative hypoparathyroidism. Acta Chir Belg. 2024 Apr;124(2):99-106.
3. Giordano D, Botti C, Piana S, Zini M, Frasoldati A, Lusetti F, *et al.* Postoperative hypoparathyroidism after completion thyroidectomy for well-differentiated thyroid cancer. Eur J Endocrinol. 2021 Aug 3;185(3):413-419.
4. Reinke R, Udholm S, Christiansen CF, Almquist M, Londero S, Rejnmark L, *et al.* Hypoparathyroidism and mortality after total thyroidectomy: A nationwide matched cohort study. Clin Endocrinol (Oxf). 2024 Apr;100(4):408-415.
5. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021 Mar 29;372:n71.

Resumo

RETENÇÃO DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Gabriel Augusto de Oliveira Santos[1], Arthur Santos de Oliveira Pessoa[1], Luiz Henrique Silva Borsato[1]

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

Autor correspondente: Gabriel Augusto de Oliveira Santos - augusto.gabriel@estudante.ufjf.br

INTRODUÇÃO: Cápsula endoscópica (CE) é um método diagnóstico minimamente invasivo que permite avaliar detalhadamente o trato gastrointestinal, útil especialmente quando exames convencionais são limitados. As principais indicações incluem hemorragia digestiva obscura, avaliação da Doença de Crohn (DC) e neoplasias. Apesar do bom perfil de segurança, sua principal complicação é a retenção da cápsula (RC), mais frequente em pacientes com DC pela presença de estenoses que dificultam sua progressão. **APRESENTAÇÃO DO CASO**: Feminino, 53 anos, submetida à CE para avaliação de DC. Quinze dias depois, evoluiu com dor em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e colúria. Função evacuatória preservada. Sinal de Murphy positivo, exames laboratoriais inalterados. Ultrassonografia demonstrou vesícula com lama biliar e cálculos. Tomografia evidenciou estrutura metálica endoluminal em intestino delgado, compatível com RC, associada à estenose adjacente. Realizada colecistectomia videolaparoscópica e enterectomia segmentar videoassistida com anastomose primária látero-lateral. Em peça cirúrgica, identificada CE e 3 regiões de estenose em íleo terminal. Pós-operatório em leito de enfermaria, sem intercorrências, com alta hospitalar no sexto dia. **DISCUSSÃO**: A DC é uma doença inflamatória que acomete principalmente o intestino delgado, caracterizada por períodos de atividade e remissão, podendo evoluir com complicações estenosantes decorrentes de inflamação e fibrose. A RC, como complicação da CE, é definida pela permanência do dispositivo por mais de duas semanas ou necessidade de intervenção para remoção, com incidência aproximada de 2%. A profilaxia envolve avaliação prévia da permeabilidade intestinal, por meio da cápsula Patency® ou de exames de imagem como enterorressonância e enterotomografia. Esse evento adverso ressalta a presença de estenose clinicamente relevante e requer manejo individualizado, frequentemente por enteroscopia ou cirurgia**. CONCLUSÃO**: A RC é uma complicação conhecida da DC estenosante, demandando rigorosa avaliação de permeabilidade intestinal pré-exame. O caso reforça a necessidade de aderência a protocolos de prevenção e intervenção precoce para otimizar o manejo da DC.

Palavras-chave: Doença de Crohn. Cápsulas Endoscópicas. Estenose Esofágica.

Referências:

1. Lahat A, Veisman I. Capsule Endoscopy in Crohn's Disease-From a Relative Contraindication to Habitual Monitoring Tool. Diagnostics (Basel). 2021 Sep 22;11(10):1737.
2. Pennazio M, Rondonotti E, Despott EJ, Dray X, Keuchel M, Moreels T, *et al*. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2022. Endoscopy. 2023 Jan;55(1):58-95.
3. Rondonotti E. Capsule retention: prevention, diagnosis and management. Ann Transl Med. 2017 May;5(9):198.

Resumo

SÍNDROME DE MIRIZZI: DIAGNÓSTICO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO E DESAFIOS TÉCNICOS NA COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA – REVISÃO DE LITERATURA

Miguel Augusto Lima de Almeida[1], João Victor Munck de Oliveira[1], Pedro Paulo Ribeiro Faria Ferreira[1], Flora Adelina Miguel Bastos Almeida1

1- Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Miguel Augusto Lima de Almeida - miguelaugusto5000@gmail.com

Introdução: A Síndrome de Mirizzi (SM) é uma complicação rara da colelitíase, causada pela impactação de cálculo no infundíbulo vesicular ou ducto cístico, resultando em compressão extrínseca ou fístula com o ducto biliar principal. Sua incidência varia de 0,3–3% das colecistectomias, predominando em mulheres (~70%). O diagnóstico pré-operatório é essencial para reduzir conversões e prevenir lesões do ducto biliar, porém até metade dos casos é identificada apenas intraoperatoriamente, devido à distorção anatômica do triângulo de Calot. **Objetivo:** Revisar evidências recentes sobre diagnóstico pré-operatório e desafios técnicos da colecistectomia videolaparoscópica (CVL) em pacientes com SM. **Métodos:** Foram incluídos um ensaio clínico randomizado, duas revisões sistemáticas e dois estudos observacionais publicados entre 2019 e 2025 nas bases MedLine/PubMed. Utilizaram-se os descritores "Síndrome de Mirizzi", "Colecistectomia Laparoscópica" e "Período Pré-Operatório" mediante consulta aos descritores em ciências da saúde (DeCS/MeSH). **Resultados:** A idade média variou de 45 a 70 anos, com predomínio feminino. A colangiorressonância magnética (CPRM) apresentou sensibilidade de 77,8–100%, sendo o método não invasivo de escolha. A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) manteve-se como padrão-ouro, com especificidade próxima de 100%. A identificação pré-operatória ocorreu em cerca de 50% dos casos. A CVL foi empregada principalmente nos tipos I–II de Csendes, com conversão <10%. As complicações mais comuns foram fístula biliar e lesão ductal (10–20%). A SM mantém-se como entidade de difícil diagnóstico e elevada complexidade técnica. A adoção de CPRM e CPRE melhora o reconhecimento anatômico e reduz complicações, enquanto estratégias como colecistectomia subtotal e técnica LABEL oferecem segurança adicional. Experiência cirúrgica e seleção criteriosa do acesso são determinantes para o sucesso terapêutico. **Conclusão:** A CVL é segura em tipos iniciais de SM, desde que precedida por diagnóstico preciso e conduzida por cirurgiões experientes. Formas avançadas requerem reconstrução biliodigestiva individualizada.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi. Colecistectomia Laparoscópica. Período Pré-Operatório.

Referências

1. Gupta V, Abhinav A, Vuthaluru S, Kalra S, Bhalla A, Rao AK, *et al*. The Multifaceted Impact of Gallstones: Understanding Complications and Management Strategies. Cureus. 2024 Jun 16;16(6):e62500.
2. Hanson-Viana E, Ayala-Moreno EA, Ortega-Leon LH, Montalvo-Javé EE. The Association of Preoperative Risk Factors for Laparoscopic Conversion to Open Surgery in Elective Cholecystectomy. Euroasian J Hepatogastroenterol. 2022 Jan-Jun;12(1):6-9.
3. Koo JGA, Tham HY, Toh EQ, Chia C, Thien A, Shelat VG. Mirizzi Syndrome-The Past, Present, and Future. Medicina (Kaunas). 2023 Dec 21;60(1):12.
4. Quang PV, Lai VT, Cuong DC, Duc NM. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome with subtotal cholecystectomy and electrohydraulic lithotripsy: A case report. Radiol Case Rep. 2023 May 29;18(8):2667-2672.
5. Senra F, Navaratne L, Acosta A, Martínez-Isla A. Laparoscopic management of type II Mirizzi syndrome. Surg Endosc. 2020 May;34(5):2303-2312.

Resumo

REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE A SUPERIORIDADE DAS TÉCNICAS ENDOVENOSAS FRENTE À CIRURGIA CONVENCIONAL NAS VARIZES

Marcelo Resende Vieira Júnior[1], Mariana Machado Clavelari[1], Vinicius Augusto Silva Souza[1], Gabriela Cumani Toledo Camilo[1]

1- Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Marcelo Resende Vieira Júnior - marcelovieira62@gmail.com

Introdução: O tratamento das varizes dos membros inferiores tem evoluído com o uso de técnicas minimamente invasivas, como laser, radiofrequência e escleroterapia com espuma. Essas abordagens buscam substituir o stripping cirúrgico tradicional, reduzindo morbidade, dor pós-operatória e tempo de recuperação, sem comprometer a eficácia terapêutica. **Objetivo**: Comparar a eficácia, segurança e custo-efetividade das técnicas endovenosas em relação à cirurgia convencional no manejo das varizes. **Métodos**: Foi realizada uma revisão sistemática nas bases PubMed, SciELO e Cochrane Library, incluindo revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados e diretrizes publicadas entre 2010 e 2024. Foram avaliados desfechos como taxa de recorrência, complicações, dor, tempo de recuperação e custo-efetividade. **Resultados**: A maioria dos estudos demonstrou eficácia semelhante entre as técnicas endovenosas e a cirurgia convencional na eliminação do refluxo venoso. Entretanto, os métodos endovenosos apresentaram menores taxas de dor, hematomas e tempo de afastamento das atividades. A ablação por laser e radiofrequência destacou-se por oferecer maior satisfação, retorno mais rápido às atividades e melhores resultados estéticos. A escleroterapia com espuma mostrou-se vantajosa pelo baixo custo e facilidade de aplicação, embora com maior taxa de recanalização a longo prazo. **Conclusão**: As terapias endovenosas são alternativas seguras, eficazes e custo-efetivas à cirurgia convencional, proporcionando conforto, recuperação acelerada e bons resultados estéticos. A escolha do método ideal deve ser individualizada, considerando o perfil clínico do paciente, as condições anatômicas e a disponibilidade de recursos.

Palavras-chave: Varizes. Terapia a Laser. Cirurgia Geral. Procedimentos Endovasculares.

Referências:

1. Paravastu SC, Horne M, Dodd PD. Endovenous ablation therapy (laser or radiofrequency) or foam sclerotherapy versus conventional surgical repair for short saphenous varicose veins. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 29;11(11):CD010878.
2. Carroll C, Hummel S, Leaviss J, Ren S, Stevens JW, Everson-Hock E, *et al.* Clinical effectiveness and cost-effectiveness of minimally invasive techniques to manage varicose veins: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2013 Oct;17(48):i-xvi, 1-141.
3. Rasmussen LH, Lawaetz M, Bjoern L, Vennits B, Blemings A, Eklof B. Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins. Br J Surg. 2011 Aug;98(8):1079-87.
4. Kikuchi R, Nhuch C, Drummond DAB, Santiago FR, Coelho F, Mauro FO, *et al.* Brazilian guidelines on chronic venous disease of the Brazilian Society of Angiology and Vascular Surgery. J Vasc Bras. 2023 Nov 6;22:e20230064.

Resumo

IMPLANTE TRANSCATETER DE VÁLVULA AÓRTICA (TAVI) VERSUS CIRURGIA ABERTA (SAVR) PARA ESTENOSE AÓRTICA GRAVE EM ADULTOS DE BAIXO RISCO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Isabela Meireles Oliveira Felisberto[1], Gabriela Vieira Botelho[1], Caio Sachetto Toledo Bellini[1], Miguel Eduardo Guimarães Macedo[1]

1- Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Isabela Meireles Oliveira Felisberto - isamfel25@gmail.com

Introdução: A estenose aórtica grave em pacientes de baixo risco cirúrgico demanda decisão terapêutica entre implante transcateter da válvula a**órtica (TAVI)** e substituição cirúrgica (SAVR). **Objetivos:** Avaliar a efetividade e segurança do TAVI versus SAVR em pacientes adultos de baixo risco. **Métodos:** Foram analisados Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados, realizados em humanos, publicados em inglês nos últimos 5 anos, utilizando a base de dados MedLine. A busca pelos descritores e termos foi via consulta ao MeSH e DeCS, sendo utilizados: *"aortic valve stenosis", "transcatheter aortic valve implantation" e "surgical aortic valve replacement"*. Incluíram-se estudos que compararam TAVI versus SAVR em adultos de baixo risco, com desfechos clínicos hemodinâmica ou durabilidade protética. Excluíram-se estudos que não comparavam ambos procedimentos e com população pediátrica. A escala PRISMA foi utilizada para sistematizar essa revisão. **Resultados:** Identificaram-se 38 artigos, sendo 4 incluídos na análise final, com 4.108 adultos e idade média de 75 anos. No DEDICATE-DZHK6 (n=1.414), em 1 ano TAVI apresentou menor ocorrência do desfecho primário (morte ou AVC: 5,4% vs. 10,0%) e menor mortalidade (2,6% vs. 6,2%) comparado ao SAVR. No PARTNER 3 (n=1.000), em 5 anos não houve diferença significativa entre TAVI e SAVR nos desfechos primários; desempenho hemodinâmico e falência de bioprótese foram baixos e semelhantes (3%). No Evolut Low Risk (n=1.414), em 5 anos o composto mortalidade ou AVC incapacitante foi semelhante (15,5% TAVI vs. 16,4% SAVR), com baixa reintervenção. No NOTION (n=280), em 10 anos, o composto clínico foi similar, porém com menor deterioração estrutural valvar severa após TAVI (1,5% vs. 10,0%). **Conclusão:** Estudos indicam que TAVI apresenta resultados clínicos comparáveis ao SAVR no seguimento 1-5 anos; dados de 10 anos sugerem menor deterioração valvar, configurando TAVI como alternativa eficaz e segura nessa população.

Palavras-chave: Substituição da Valva Aórtica Transcateter. Valva Aórtica. Estenose da Valva Aórtica.

Referências:

1. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71.
2. Blankenberg S, Seiffert M, Vonthein R, Baumgartner H, Bleiziffer S, Borger MA, *et al.* Transcatheter or Surgical Treatment of Aortic-Valve Stenosis. N Engl J Med. 2024;390(17):1572-1583.
3. Mack MJ, Leon MB, Thourani VH, Pibarot P, Hahn RT, Genereux P, *et al.* Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Low-Risk Patients at Five Years. N Engl J Med. 2023;389(21):1949-1960.
4. Forrest JK, Yakubov SJ, Deeb GM, Gada H, Mumtaz MA, Ramlawi B, *et al.* 5-Year Outcomes After Transcatheter or Surgical Aortic Valve Replacement in Low-Risk Patients With Aortic Stenosis. J Am Coll Cardiol. 2025;85(15):1523-1532.
5. Thyregod HGH, Jørgensen TH, Ihlemann N, Steinbrüchel DA, Nissen H, Kjeldsen BJ, *et al.* Transcatheter or surgical aortic valve implantation: 10-year outcomes of the NOTION trial. Eur Heart J. 2024;45(13):1116-1124.

Resumo

TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO MESENQUIMAIS PARA FÍSTULAS ANORRETAIS COMPLEXAS: REVISÃO DE LITERATURA

Ana Luísa Oliveira Matos[1], Luísa Loureiro Botelho[1], João Batista de Paula Fraga[2], Rómmel Ribeiro Lourenço Costa[3]

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2. Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
3. Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Ana Luísa Oliveira Matos - almatos2004@gmail.com

Introdução: A fístula anorretal é uma comunicação anormal entre o canal anal e a pele perianal, mais frequente em homens entre a 3ª e 5ª décadas de vida, decorrente de abscessos anorretais criptogênicos (≈85%) ou de condições como doença de Crohn ou tuberculose. As fístulas complexas, especialmente às associadas à doença de Crohn, são um desafio terapêutico devido ao risco de recorrência e incontinência. Nesse contexto, a terapia adjuvante com células-tronco mesenquimais (CTMs) visa estimular a regeneração e preservar a função esfincteriana. **Objetivo:** Avaliar os benefícios do transplante autólogo de CTMs no tratamento de fístulas anorretais complexas, considerando cicatrização, preservação da continência, redução de recorrência e perspectivas futuras**. Métodos:** Revisão integrativa nas bases PubMed, Embase e Cochrane para artigos publicados entre 2020 e outubro de 2025. A busca combinou descritores MeSH e palavras-chave 'Anal Fistula', 'Mesenchymal Stem Cells' e 'Autologous Transplantation'. Seguindo PRISMA, foram incluídos 5 artigos para análise qualitativa. **Resultados e discussão:** A terapia de CTMs apresentou taxa de cura de 42,35%, 2,5 vezes superior ao tratamento convencional em curto prazo (≤6 meses). Após 12 meses, manteve-se superior, indicando benefício persistente (58,28% vs. 53,47%), preservação da continência e apenas eventos adversos leves, como dor local transitória. Abordagens combinadas, como o uso de fração vascular estromal (SVF) e microfat com o fechamento do orifício interno, alcançaram 82% de cicatrização clínica e radiológica após 12 meses. O plasma rico em plaquetas (PRP), por sua vez, alcançou taxas de fechamento de 42% a 70%, com recorrência <15% e melhora da continência. Esses achados reforçam a necessidade de estudos multicêntricos de longo prazo. **Conclusão:** O transplante autólogo de CTMs é seguro e eficaz em fístulas complexas, promovendo cicatrização, preservação da continência e baixa recorrência. Assim, é uma terapia adjuvante promissora em casos de difícil manejo cirúrgico.

Palavras-chave: Fístula Retal. Células-Tronco Mesenquimais. Transplante Autólogo. Doença de Crohn.

Referências:

1. Zou M, Xue M, Liu Y, Xia S, Chen Y, Peng Z, *et al*. Adipose-derived stem cell therapies for complex anal fistula: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Med (Lausanne). 2025 Aug 26;12:1627065.
2. Wang H, Jiang HY, Zhang YX, Jin HY, Fei BY, Jiang JL. Mesenchymal stem cells transplantation for perianal fistulas: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. Stem Cell Res Ther. 2023 Apr 26;14(1):103.
3. Guillaumes S, Hidalgo NJ, Bachero I, Pena R, Nogueira ST, Ardid J, *et al*. Efficacy of injection of autologous adipose tissue in the treatment of patients with complex and recurrent fistula-in-ano of cryptoglandular origin. Tech Coloproctol. 2024 Jul 9;28(1):81.
4. Tutino R, Di Franco S, Massani M, Bonventre S, Mazzola G, Lo Re G, *et al*. Autologous adipose-derived stromal vascular fraction and platelet concentrates for the treatment of complex perianal fistulas. Tech Coloproctol. 2023 Feb;27(2):135-143.
5. Xu Y, Ma L, Jia K, Wu X, Ge C. Efficacy and safety of autologous platelet-rich plasma in anal fistula: a systematic review and meta-analysis. Ann Saudi Med. 2024 Jul-Aug;44(4):264-271.

Resumo

TRATAMENTO COM IMPLANTE DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATETER OU SUBSTITUIÇÃO CIRÚRGICA DA VÁLVULA AÓRTICA EM PACIENTES COM ESTENOSE AÓRTICA DE RISCO CIRÚRGICO BAIXO E MODERADO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Ana Claudia Florentino de Souza[1] , Beatriz de Souza Valente Silva[1], Maria Inês Boechat Gomes[1]

1. Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Ana Claudia Florentino de Souza - anaclaudia.florentino@aluno.suprema.edu.br

Introdução: Dentre os métodos empregados para o tratamento da estenose aórtica (EA), há o implante de válvula aórtica transcateter (TAVI) ou com substituição cirúrgica da válvula aórtica (SAVR). Estudos sugerem semelhança nos resultados das estratégias. Entretanto, evidências comparativas prolongadas entre esses tratamentos ainda são limitadas. **Objetivos**: Analisar a eficácia de TAVI e SAVR como tratamento na EA em pacientes com baixo ou moderado risco cirúrgico, mediante uma revisão sistemática. **Métodos**: Foram incluídos ensaios clínicos controlados e randomizados, em humanos, publicados em inglês, nos últimos cinco anos, na base de dados MedLine. A busca utilizou os termos do Medical Subject Headings (MeSH): "Aortic Valve Stenosis", "Transcatheter Aortic Valve" e "Surgical Aortic Valve Replacement". Selecionaram-se pacientes com EA de risco cirúrgico baixo ou moderado que obtiveram tratamento com TAVI ou SAVR. Excluíram-se trabalhos com pacientes de alto risco cirúrgico. O checklist PRISMA foi utilizado na sistematização dessa revisão. **Resultados**: Dos 40 estudos encontrados após a aplicação dos critérios, quatro foram selecionados e tiveram seus ensaios clínicos analisados: NOTION, Evolut Low risk Trial, SURTAVI e o DEDICATE-DZHK6, envolvendo 2440 pacientes submetidos a TAVI e 2328 a SAVR, em follow-up. Segundo os artigos, a deterioração estrutural da válvula teve menor ocorrência no grupo TAVI (1,5% vs 10,0% SAVR; HR 0,2; P=0,02). A implantação de um novo marcapasso permanente foi maior no grupo TAVI e, nos resultados da hemodinâmica, o TAVI obteve gradientes mais baixos (média de 8,6 mmHg vs 11,2 mmHg; P<0,001). Por fim, pode-se destacar que não houve diferença na incidência de morte ou AVC incapacitante entre os pacientes (TAVI e SAVR). **Conclusão**: O tratamento com TAVI demonstrou resultados semelhantes ao SAVR na EA e sem maior taxa de complicações. Porém, a escassez de estudos comparativos prolongados reforça a necessidade de pesquisas adicionais.

Palavras-chave: Estenose da Valva Aórtica. Implante Transcateter de Válvula Aórtica. Valva Aórtica.

Referências:

1. Thyregod HGH, Jørgensen TH, Ihlemann N, Steinbrüchel DA, Nissen H, Kjeldsen BJ, *et al*. Transcatheter or surgical aortic valve implantation: 10-year outcomes of the NOTION trial. Eur Heart J. 2024 Apr 1;45(13):1116-1124.
2. Forrest JK, Deeb GM, Yakubov SJ, Gada H, Mumtaz MA, Ramlawi B, *et al*. 3-Year Outcomes After Transcatheter or Surgical Aortic Valve Replacement in Low-Risk Patients With Aortic Stenosis. J Am Coll Cardiol. 2023 May 2;81(17):1663-1674.
3. Van Mieghem NM, Deeb GM, Søndergaard L, Grube E, Windecker S, Gada H, *et al*. Self-expanding Transcatheter vs Surgical Aortic Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients: 5-Year Outcomes of the SURTAVI Randomized Clinical Trial. JAMA Cardiol. 2022 Oct 1;7(10):1000-1008.
4. Blankenberg S, Seiffert M, Vonthein R, Baumgartner H, Bleiziffer S, Borger MA, *et al*. Transcatheter or Surgical Treatment of Aortic-Valve Stenosis. N Engl J Med. 2024 May 2;390(17):1572-1583.
5. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, *et al*. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. PLoS Med. 2009 Jul 21;6(7):e1000100.

Resumo

TRATAMENTO DAS ESTENOSES CICATRICIAIS DE VIAS BILIARES

Ana Caroline Miranda Macedo Ribas[1], Laura Mudadu Silva Sartori de Carvalho[2], Júlia Martins Abrahão[2], Cirênio de Almeida Barbosa[2]

1. Faculdade de Medicina do Centro Universitário Governador Ozanam Coelho, Ubá, Minas Gerais – Brasil
2. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Ana Caroline Miranda Macedo Ribas - anaribas1010@gmail.com

Introdução: As estenoses cicatriciais de vias biliares são complicações graves, predominantemente iatrogênicas, cuja incidência aumentou com a popularização da colecistectomia videolaparoscópica, exigindo profundo conhecimento anatômico para o manejo adequado. **Objetivos:** O estudo visa analisar as estenoses cicatriciais de vias biliares, com foco nas causas, classificações e estratégias terapêuticas atuais para lesões benignas. **Métodos**: Trata-se de uma revisão integrativa, baseada em referências bibliográficas que incluem artigos de periódicos e livros-texto. A metodologia abrangeu a descrição da anatomia biliar, a etiologia das estenoses, as classificações de Bismuth, Strasberg e Csendes, e a análise das modalidades de tratamento, como o manejo não cirúrgico (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica — PRE, e Colangiografía Transparieto-Hepática — CTHP) e o cirúrgico (aberto, vídeo ou robótico). **Resultados**: As manifestações clínicas mais prevalentes são icterícia e dor abdominal (64,3%), além de febre e vômitos (21,4%). O tratamento não cirúrgico, especialmente a CPRE com dilatação e colocação de stents (plásticos ou metálicos), é a abordagem inicial preferencial para estenoses benignas. Há controvérsia na literatura sobre a superioridade da eficácia entre as abordagens endoscópica e cirúrgica. **Discussão:** A estenose biliar é uma condição grave, sendo as benignas menos frequentes que as malignas e indeterminadas. A CPRE é o método de escolha inicial, mas a CTHP é uma opção para pacientes com anatomia alterada ou falha da CPRE. A escolha terapêutica deve ser individualizada, considerando a localização e a gravidade da lesão. O uso de stents endoscópicos visa a dilatação e melhora da cicatrização, mas a intervenção cirúrgica com ressecção e reconstrução (coledocojejunostomia) permanece essencial para casos complexos ou refratários. **Conclusão:** O manejo das estenoses cicatriciais de vias biliares requer uma abordagem multidisciplinar e individualizada. A terapia endoscópica é eficaz para dilatação, mas a cirurgia é a alternativa definitiva para lesões complexas, sendo a decisão terapêutica baseada na avaliação detalhada de cada caso.
Palavras-chave: Colecistectomia. Ductos Biliares. Estenose Esofágica.

Referências:

1. Fonseca Neto OCL, Perez MI, Lopes VGP. Lesões iatrogênicas das vias biliares: diagnóstico e manejo. Rev Med. (São Paulo). 2023;102(2):e-196909.
2. Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus: atlas de anatomia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
3. Cavalcanti JS, Oliveira EL, Santos LPF, Godoi ETA, Oliveira CLA, Lins APS, *et al*. Estudo anatomotopográfico das vias biliares extra hepáticas e do trígono cistohepático. Acta Cir Bras. 2002Jan;17(1):30–5.
4. Barros F. Estenose benigna das vias biliares: tratamento e evolução das lesões iatrogênicas, experiência de um único centro referenciado [dissertação de mestrado]. Niterói: Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense; 2010.
5. Gabelmann A, Hamid H, Brambs HJ, Rieber A. Metallic stents in benign biliary strictures: long-term effectiveness and interventional management of stent occlusion. AJR Am J Roentgenol. 2001 Oct;177(4):813-7.

Resumo

USO DA INDOCIANINA VERDE NA PREVENÇÃO DA DEISCÊNCIA ANASTOMÓTICA EM RESSECÇÕES COLORRETAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Maria Eduarda de Oliveira Cortat[1], Isadora Eduarda Pereira[1], João Vicente Linhares Rodrigues[1]

1. Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
Autor correspondente: Maria Eduarda de Oliveira Cortat - maria.cortat@aluno.suprema.edu.br

Introdução. Deiscência e vazamento anastomótico (DVA) são complicações graves que ocorrem em 5-20% das cirurgias de câncer colorretal, comprometendo resultados oncológicos e funcionais. Protocolos de prevenção incluem o uso intraoperatório da indocianina verde (IV) para análise de perfusão anastomótica (PA), embora os resultados do impacto clínico sejam heterogêneos. **Objetivo.** Avaliar utilização da IV na análise intraoperatória da PA em cirurgias colorretais e o impacto na incidência de DVA, por meio de revisão sistemática. **Métodos.** Foram analisados ensaios clínicos controlados e randomizados, em inglês, dos últimos cinco anos, conforme a base de dados National Library of Medicine (MedLine). Os descritores utilizados, segundo Medical Subject Headings (MeSH), foram: colorectal neoplasms, indocyanine green, surgical anastomosis. Incluíram-se estudos com pacientes oncológicos submetidos tanto à ressecção anterior baixa do reto quanto à colectomia esquerda com confecção manual de anastomose colorretal. Esta revisão foi sistematizada segundo a escala PRISMA. **Resultados.** Identificaram-se 126 estudos, sendo cinco elegíveis após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. A amostra total conteve 1.910 participantes (62% homens), provenientes do Japão (43,9%), Europa (38,2%) e América do Norte (17,9%). Os dois maiores ensaios, contendo 80,4% da amostra, mostraram redução significativa da taxa de DVA ao utilizar IV, com queda em 4,2% (p=0,041) e 7% (p=0,017), respectivamente. Estudos menores e análises de subgrupos não evidenciaram diferença significativa. O uso de IV mostrou-se especialmente útil em cirurgias minimamente invasivas, nas quais a avaliação visual da perfusão é limitada. Em metade dos casos, o local de secção do segmento intestinal foi alterado após sua aplicação. **Conclusão.** A IV demonstrou eficácia na avaliação intraoperatória da PA, reduzindo DVA e auxiliando decisões cirúrgicas. Além disso, não aumenta a duração do ato operatório e desempenha importante papel de identificar pacientes com alto potencial para DVA. Apesar dos resultados promissores, faltam evidências sobre o impacto a longo prazo.

Palavras-chave: Neoplasias Colorretais. Verde de Indocianina. Anastomose Cirúrgica.

Referências:

1. Watanabe J, Takemasa I, Kotake M, Noura S, Kimura K, Suwa H, *et al*. Blood Perfusion Assessment by Indocyanine Green Fluorescence Imaging for Minimally Invasive Rectal Cancer Surgery (EssentiAL trial): A Randomized Clinical Trial. Ann Surg. 2023 Oct 1;278(4):e688-e694.
2. Jayne D, Croft J, Corrigan N, Quirke P, Cahill RA, Ainsworth G, *et al*. Intraoperative fluorescence angiography with indocyanine green to prevent anastomotic leak in rectal cancer surgery (IntAct): an unblinded randomised controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2025 Sep;10(9):806-817.
3. Slooter MD, Talboom K, Sharabiany S, van Helsdingen CPM, van Dieren S, Ponsioen CY, *et al*. IMARI: multi-Interventional program for prevention and early Management of Anastomotic leakage after low anterior resection in Rectal cancer patIents: rationale and study protocol. BMC Surg. 2020 Oct 15;20(1):240.
4. Jafari MD, Pigazzi A, McLemore EC, Mutch MG, Haas E, Rasheid SH, *et al*. Perfusion Assessment in Left-Sided/Low Anterior Resection (PILLAR III): A Randomized, Controlled, Parallel, Multicenter Study Assessing Perfusion Outcomes With PINPOINT Near-Infrared Fluorescence Imaging in Low Anterior Resection. Dis Colon Rectum. 2021 Aug 1;64(8):995-1002.
5. Jansen-Winkeln B, Germann I, Köhler H, Mehdorn M, Maktabi M, Sucher R, *et al*. Comparison of hyperspectral imaging and fluorescence angiography for the determination of the transection margin in colorectal resections-a comparative study. Int J Colorectal Dis. 2021 Feb;36(2):283-291.

Resumo

UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DE IMPRESSÃO 3D NO PRÉ-OPERATÓRIO DE FRATURAS DE ACETÁBULO E SEUS EFEITOS NO PÓS-OPERATÓRIO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Lucas Siqueira Vargas[1] , Mariana Ornelas Cunha Cruz de Sousa[1], Jaime Afonso Sousa Netto[2]

1. Faculdade de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2. Clínica Endocárdio, Cataguases, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Lucas Siqueira Vargas - lucas.vargas31med@gmail.com, lucas.vargas@aluno.suprema.edu.br

Introdução: A impressão 3D tem obtido destaque na cirurgia ortopédica, aplicada no planejamento pré-operatório da cirurgia de acetábulo, objetivando reduzir dificuldades da cirurgia convencional. **Objetivos:** Investigar se o uso da técnica de impressão 3D no pré-operatório de fraturas do acetábulo pode melhorar os resultados pós-cirúrgicos, por meio de uma revisão sistemática. **Métodos:** Foram analisados ensaios clínicos controlados e randomizados publicados originalmente em inglês, nos últimos dez anos, em humanos, tendo como referência a base de dados National Library of Medicine (MedLine). A busca pelos descritores e termos utilizados foi efetuada mediante consulta ao Medical Subject Headings (MeSH). Os descritores utilizados foram: *Three-Dimensional Printing, Bone Fractures, Acetabulum*. Foram incluídos estudos que envolveram pacientes adultos com fratura de acetábulo com deslocamento ≥ 3 mm, que relataram menos de 3 semanas de lesão. Foram excluídos estudos que não apresentaram dados estatísticos e estudos realizados em cadáveres humanos. A escala PRISMA foi utilizada no intuito de sistematizar o relato desta revisão. **Resultados:** Inicialmente foram encontrados 64 estudos. Após a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, apenas três artigos compuseram o escopo e análise final. Foram envolvidos na análise do presente estudo 104 participantes submetidos a cirurgias de reparação de fraturas de acetábulo. Os três ensaios relataram informações referentes à média de idade e sexo dos participantes, com predominância do sexo masculino (68,2%) e idades variando de 18 a 70 anos. Avaliaram tempo cirúrgico, perda sanguínea total, complicações cirúrgicas e qualidade da redução da fratura. Dois estudos mostraram tendência de melhora nos três primeiros parâmetros, porém sem significância estatística ($p>0,05$). Já o terceiro estudo, em concordância com um dos anteriores, identificou melhora significativa na qualidade da redução pós-operatória da fratura ($p<0,05$) com uso da técnica 3D. **Conclusão:** Concluímos que a técnica de impressão 3D utilizada no pré-operatório pode melhorar os resultados pós-cirúrgicos.

Palavras-chave: Impressão Tridimensional. Fraturas Ósseas. Acetábulo.

Referências:

1. Bouabdellah M, Bensalah M, Kamoun C, Bellil M, Kooli M, Hadhri K. Advantages of three-dimensional printing in the management of acetabular fracture fixed by the Kocher-Langenbeck approach: randomised controlled trial. Int Orthop. 2022 May;46(5):1155-1163.
2. Huang JH, Liao H, Tan XY, Xing WR, Zhou Q, Zheng YS, *et al*. Surgical treatment for both-column acetabular fractures using pre-operative virtual simulation and three-dimensional printing techniques. Chin Med J (Engl). 2020 Feb 20;133(4):395-401.
3. Maini L, Sharma A, Jha S, Sharma A, Tiwari A. Three-dimensional printing and patient-specific pre-contoured plate: future of acetabulum fracture fixation? Eur J Trauma Emerg Surg. 2018 Apr;44(2):215-224.
4. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, *et al*. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. PLoS Med. 2009 Jul 21;6(7):e1000100.

Resumo

CIRURGIA PARA CONTENÇÃO DE DANOS EM TRAUMA FERROVIÁRIO: RELATO DE CASO

Tainá Vitória Dias da Silva[1], Tales Alvarenga Lopes e Silva[1], Sâmara Souza Mendonça[2], Fabiano Libório Campos[2]

1. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil
2. Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira, Juiz de Fora, Minas Gerais – Brasil

Autor correspondente: Tainá Vitória Dias da Silva - tainadiasjf@gmail.com; tainavitoria.dias@estudante.ufjf.br

Introdução: Acidentes ferroviários envolvendo pedestres apresentam alta gravidade, com elevada morbimortalidade e extensas lesões decorrentes de trauma de alta energia, frequentemente com fraturas múltiplas, amputações e destruição tecidual, principalmente quando comparados aos acidentes rodoviários. Em crianças e adolescentes, o padrão de lesão é semelhante ao do adulto jovem, porém com maior potencial de reabilitação funcional. A cirurgia para contenção de danos (CCD) é preconizada em acidentes de elevada cinética, sendo realizada em três etapas: contenção inicial, estabilização em UTI e reparo definitivo. **Relato de caso:** Paciente masculino, 17 anos, foi encaminhado pelo SAMU após atropelamento por trem. Deu entrada entubado, Glasgow 3, hemodinamicamente instável e com saturação de 80%. Apresentava abdome distendido, equimose em hipocôndrio direito, traumatismo cranioencefálico e fraturas de face. Diante da instabilidade e ausência de FAST, realizou-se laparotomia exploradora de urgência, evidenciando grande volume hemático livre, lesões hepáticas nos segmentos V e VI e hematoma renal não expansivo. Foi realizada CCD com empacotamento hepático e toracotomia bilateral, sendo encaminhado à UTI. Após 48 horas, nova abordagem confirmou hemostasia satisfatória. Evoluiu bem, sendo transferido para hospital de referência. **Discussão:** O manejo segue os princípios do ATLS, priorizando estabilização hemodinâmica e controle de hemorragias. O tratamento é multidisciplinar, envolvendo cirurgia geral, ortopedia e cirurgia plástica reconstrutiva. Em traumas de alta energia, a CCD é fundamental, sendo realiza em três etapas: na primeira, controla-se a hemorragia e a contaminação com compressas e fechamento temporário; na segunda, o paciente é levado à UTI para estabilização fisiológica; e na terceira, entre 12 e 48 horas depois, realiza-se a cirurgia definitiva quando o paciente estiver estável. **Conclusão:** Assim, o caso relatado exemplifica a complexidade e a gravidade do trauma ferroviário, exigindo atuação integrada das equipes cirúrgicas e abordagem precoce voltada à contenção de danos, preservação funcional e reabilitação do paciente.

Palavras-chave: Atropelamento de Pedestre. Cirurgia Geral. Atendimento ao Trauma de Trânsito.

Referências

1. Blazar PE, Dormans JP, Born CT. Train injuries in children. J Orthop Trauma. 1997 Feb-Mar;11(2):126-9.
2. Driever F, Schmidt P, Madea B. About morphological findings in fatal railway collisions. Forensic Sci Int. 2002 Apr 18;126(2):123-8.
3. Schneble CA, Raymond J, Loder RT. The Demographics of Non-motor Vehicle Associated Railway Injuries Seen at Trauma Centers in the United States 2007 - 2014. Cureus. 2019 Oct 23;11(10):e5974.
4. Lerer LB, Matzopoulos RG. Fatal railway injuries in Cape Town, South Africa. Am J Forensic Med Pathol. 1997 Jun;18(2):144-7.
5. Spaite D, Criss E, Valenzuela T, Meislin HW, Ogden JR. Railroad accidents: a metropolitan experience of death and injury. Ann Emerg Med. 1988 Jun;17(6):620-5.